

# Organisering og integrasjon av affekt hos pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse

*En kvalitativ studie med utgangspunkt i  
affektbevissthetsmodellen*

Erling Wright Rognli



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

2011



# Organisering og integrasjon av affekt hos pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse

*En kvalitativ studie med utgangspunkt i  
affektbevissthetsmodellen*

Erling Wright Rognli

Hovedoppgave ved Psykologisk institutt, UiO

Våren 2011

© Erling W. Rognli

2011

Organisering og integrasjon av affekt hos pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse

Erling W. Rognli

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**Tittel:** Organisering og integrasjon av affekt hos pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse

**Forfatter:** Erling Wright Rognli

**Veileder:** Professor Jon T. Monsen

**Bakgrunn:** Borderline personlighetsforstyrrelse er en alvorlig psykisk lidelse kjennetegnet av ustabilitet i interpersonlige relasjoner, identitet og affekt. Tilstanden har trolig en multifaktoriell etiologi, hvor både genetiske faktorer og spesifikke miljøbelastninger er vist å ha betydning. Affektbevissthetsmodellen tar utgangspunkt i Silvan Tomkins' affekt- og skript-teori satt inn i en selvpsykologisk forståelsesramme. Modellen antar at ulike affekter er differensierte, evolverte systemer med sentral betydning for motivasjon og interpersonlig kommunikasjon, og at integrasjon av affektaktivering spiller en sentral rolle i opplevelsen av et sammenhengende selv. Studien forsøker å belyse borderline personlighetsforstyrrelse gjennom affektbevissthetsmodellen.

**Metode:** Data ble hentet fra den norske Multisenterstudien av prosess og utfall i psykoterapi. Affektbevissthetsintervjuer med elleve pasienter diagnostisert med borderline personlighetsforstyrrelse ble analysert for å beskrive individuelle mønstre av affektive problemer. Analysemetoden var hermeneutisk, med et eksplisitt teoretisk utgangspunkt.

**Resultater:** Det er betydelig heterogenitet i de affektive problemene pasientene presenterer, men mulig å identifisere noen overordnede mønstre. Affekt knyttet til eksklusjon fra relasjoner eller sosiale grupper står frem som et sentralt element for alle. Problemer med å opprettholde en stabil opplevelse av et sammenhengende selv fremstår som et annet sentralt element.

**Konklusjon:** En differensiell affektintegrasjonsmodell kan bidra i å utvikle mer spesifikke modeller av rollen affekt spiller i borderline personlighetsforstyrrelse. Begrensninger i utvalg og analysemetode gjør samtidig at det ikke kan trekkes klare konklusjoner om borderline personlighetsforstyrrelse som fenomen på bakgrunn av denne studien.



# Forord

Gjennom arbeidet med denne hovedoppgaven har jeg kommet svært tett på elleve anonyme pasienter; mennesker jeg aldri har møtt ansikt til ansikt. Innblikket i disse livene har berørt og forundret meg. Noen av disse menneskene formidler et liv under så krevende følelsesmessige forutsetninger at jeg har strevd med å leve meg inn i det, og nok bare delvis lykkes. Selv om en stram intervjuguide, transkripsjon og flere passerte år ligger mellom oss kjenner jeg en ømhet for disse elleve personene, og er takknemlig for å ha fått et innblikk i livene deres.

Det er innen fagfeltet en vedvarende debatt om ordene pasient og klient. For meg er det naturlig å bruke ordet pasient om personer som får behandling i helsevesenet, og klient om de som bruker profesjonelle tjenester i andre kontekster. Ettersom datamaterialet her er innhentet i forbindelse med behandling i spesialisthelsetjenesten har jeg brukt ordet pasient når jeg refererer til de som inngår i studien.

Jeg har vært så heldig å få delta i en veiledningsgruppe av medstudenter, som følgesvenner inn i et ukjent teoretisk og metodisk terreng. Takk til stipendiat Roger S. Hansen, som åpnet døren inn og bød på utmerket kaffe, og takk til alle medstudenter som har deltatt i fellesveiledninger og diskusjoner. En særlig takk til Nils Martin Sønderland for mange gode faglige diskusjoner og for tilbakemeldinger og innspill i arbeidet med oppgaven. Den største takken går til Jon T. Monsen, for kyndig, inspirerende og sjenerøs veiledning. Foruten veiledning i det konkrete arbeidet med hovedoppgaven har ditt kliniske perspektiv og forskning inspirert og informert min egen utvikling som kliniker.

Jeg vil også takke min kjære kone og fagfelle, Eline Borger Rognli, for et skarpt faglig blikk fra en annen posisjon enn den som har blitt min egen gjennom dette arbeidet.

Ås, 25. april 2011

Erling W. Rognli





# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Borderlinebegrepets historikk og validitet .....	2
1.2	Etiologi, forekomst, komorbiditet og forløp .....	5
1.3	Affektbevissthetsmodellen .....	8
1.3.1	Affekt som medfødt signal- og motivasjonssystem .....	8
1.3.2	De grunnleggende affektene.....	9
1.3.3	Affektorganisering .....	12
1.3.4	Affektintegrasjon.....	13
1.3.5	Forholdet mellom affektorganisering og affektintegrasjon.....	15
1.4	Affekt og borderline personlighetsforstyrrelse .....	16
1.5	Oppsummering og problemstilling.....	18
2	Metode.....	20
2.1	Hermeneutikk som metodisk tilnærming .....	20
2.2	Utvalg og datainnsamling.....	21
2.2.1	Affektbevissthetsintervjuet.....	22
2.2.2	Pasientutvalget .....	23
2.3	Analyseprosessen .....	24
2.3.1	Analyse av affektskript for de enkelte affektene.....	25
2.3.2	Bruk av skript-tegn.....	26
2.3.3	Formulering av kjerneskript .....	27
2.4	Antagelser om kjerneskript .....	29
3	Resultater.....	31
3.1	Pasientgrupper .....	31
3.1.1	Selvbeherskelse og skjult affekt.....	31
3.1.2	Styrt av reaktiv affekt.....	32
3.1.3	Tilbaketrekning og overveldelse .....	33
3.1.4	Avspaltet affekt og selvtap .....	34
3.2	Tre andre fenomener .....	35
3.2.1	Sinne som selvorganiserende affekt.....	36
3.2.2	Relasjonsstyrkende affekt forstyrres av sinne.....	36
3.2.3	Negative forventninger forstyrrer uttrykk .....	37

4	Diskusjon.....	38
4.1	Ustabil selvopplevelse og sensitivitet for eksklusjon.....	38
4.1.1	Eksklusjons-affektenes rolle .....	39
4.1.2	Konsekvenser for organisering av opplevelse.....	40
4.1.3	Sinne som et unntak .....	42
4.1.4	Konsekvenser for interpersonlig kommunikasjon.....	42
4.2	Konklusjon .....	43
4.2.1	Begrensninger.....	45
	Litteratur.....	47
	Vedlegg 1 .....	62
	Tabell 1: Affektenes opplevelseskvaliteter og funksjon i Affektbevissthetsmodellen .....	9
	Tabell 2: Spørsmål i affektbevissthetsintervjuet som brukt i studien .....	22
	Tabell 3: Oversikt over kjønn, komorbiditet og symptombelastning.....	24
	Kjerneskriptsjema for pasient A.....	63
	Kjerneskriptsjema for pasient B .....	65
	Kjerneskriptsjema for pasient C .....	67
	Kjerneskriptsjema for pasient D.....	69
	Kjerneskriptsjema for pasient E .....	71
	Kjerneskriptsjema for pasient F .....	73
	Kjerneskriptsjema for pasient G.....	75
	Kjerneskriptsjema for pasient H.....	76
	Kjerneskriptsjema for pasient I .....	78
	Kjerneskriptsjema for pasient J .....	80
	Kjerneskriptsjema for pasient K.....	82

# 1 Innledning

Ustabilitet i følelsesliv, selvbilde og relasjoner, sammen med sterk impulsivitet, er det som fremfor alt kjennetegner diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse (BPD) (American Psychiatric Association, 1994). BPD er knyttet til alvorlig funksjonsnedsettelse, omfattende behandling i psykisk helsevern, og økt dødelighet (Skodol, Gunderson, McGlashan, et al., 2002; Skodol et al., 2005). Om lag 10% av pasienter med BPD tar sitt eget liv, en selvmordsrate som er nesten femti ganger høyere enn i befolkningen ellers (American Psychiatric Association, 2001). Omfanget av selvmordsforsøk og selvskading er også svært høyt (Gunderson & Ridolfi, 2001). Dette er en pasientgruppe som lider sterkt, samtidig som behandling ofte kompliseres av negative følelsesreaksjoner hos profesjonelle hjelpere (Lynch, Trost, Salsman, & Linehan, 2007; Zanarini, Frankenburg, DeLuca, et al., 1998).

Ustabil affekt er et sentralt og stabilt trekk ved BPD (McGlashan et al., 2005), og det foreligger en betydelig empirisk litteratur om regulering av negativ affekt hos pasienter med denne lidelsen (e. g. Arntz, Appels, & Sieswerda, 2000; Conklin, Bradley, & Westen, 2006; Donegan et al., 2003; Koenigsberg et al., 2002; Links et al., 2007; Silbersweig et al., 2007; Suvak et al., 2010; Trull et al., 2008; Yen, Zlotnick, & Costello, 2002). Teoretiske arbeider om BPD har viet betydelig plass til affektiv dysregulering eller lignende konstrukter (e. g. Clarkin & Posner, 2005; Cole, Llera, & Pemberton, 2009; Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; Lynch, et al., 2007; Zanarini & Frankenburg, 2007). Selv om noen har trukket konseptuelle skiller mellom affekt og emosjoner (Gross & Thompson, 2007) er begrepene brukt synonymt i mye av litteraturen om BPD (e. g. Conklin, et al., 2006). Ettersom denne studien bygger på affektbevissthetsmodellen brukes i hovedsak begrepet affekt, uten at dette defineres spesifikt annerledes enn emosjoner. Original begrepsbruk er beholdt i referert litteratur.

Affekt- eller emosjonsregulering er et sentralt begrep i litteraturen om BPD, men mangler samtidig noen klar definisjon (Bloch, Moran, & Kring, 2010). Begrepet affektiv eller emosjonell dysregulering er tilsvarende problematisk, ettersom det er uklart om det refererer til konsekvenser av uhensiktsmessige måter å regulere affekt på, virkningen av affekt hos personer som mangler evne til regulering, eller begge deler (Putnam & Silk, 2005).

En bred definisjon av emosjonsregulering er ulike prosesser som bidrar til å opprettholde eller dempe emosjoner, slik Gross og Thompson (2007) foreslår. Emosjonsregulering kan i deres konseptualisering både initieres av individet og av andre, og kan skje på ulike stadier i forløpet av en emosjonell aktivering. De beskriver i tråd med dette ulike former for emosjonsregulering, fra å oppsøke eller unngå situasjoner som kan vekke emosjoner, via atferd for å endre situasjonens karakteristika, til selektiv oppmerksomhet for og refortolkning av emosjonelle stimuli, og modulering av emosjonell respons.

Et viktig fellestrekk ved denne definisjonen og en rekke andre (Bloch, et al., 2010) er hvordan emosjonsregulering forstås som ulike former for *kontroll* med intensitet, varighet og uttrykk for affekt. Det synes også å være i denne betydningen begrepet i hovedsak er brukt i litteraturen om BPD (e. g. Conklin, et al., 2006; Linehan, Bohus, & Lynch, 2007; Putnam & Silk, 2005; Yen, et al., 2002), og det er slik det vil bli brukt i denne studien.

Det har vært argumentert for å bruke begrepet i en vesentlig bredere betydning, og inkludere blant annet aktiv bruk av affekt i målrettet atferd (Cole, Martin, & Dennis, 2004; Gratz & Roemer, 2004). Dette er imidlertid problematisk både fordi det er en stor endring fra den etablerte bruken av begrepet, og fordi det kan gjøre begrepet for inklusivt til å være teoretisk nyttig (se Eisenberg & Spinrad, 2004).

## **1.1 Borderlinebegrepets historikk og validitet**

Begrepet *borderline* er først nevnt i litteraturen i 1938, som en betegnelse på pasienter en mente led av grensetilfeller av schizofreni, ut fra tendensen til å gå inn i forbigående psykotiske tilstander under stress (Gunderson, 2009), noe som fremdeles er et diagnostisk trekk (American Psychiatric Association, 1994). Med Otto Kernbergs arbeider kom begrepet for fullt inn i det psykoanalytiske vokabularet. Det ble beskrevet som en alvorlig form for karakteravvik, kjennetegnet av primitivt forsvar, uklar identitet og episodisk svikt i realitetstesting, og ble knyttet til manglende tidlig integrasjon av negativ og positiv affekt (Gunderson, 2009). Begrepet ble redefinert i form av mer observerbare diagnostiske kriterier i løpet av 70-tallet (Gunderson & Singer, 1975) og tatt inn i DSM-III som personlighetsforstyrrelse. Diagnosen ble videreført med små endringer i DSM-IV (Gunderson, 2009).

Diagnosen har ofte blitt kritisert for å være for heterogen (Gunderson & Links, 2008). I DSM-IV kreves det at pasienten oppfyller minst fem av ni kriterier, i tillegg til de generelle kriteriene for en personlighetsforstyrrelse. Dette gir totalt 151 ulike mulige kombinasjoner av kriterier som gir samme diagnose (Skodol, Gunderson, Pfohl, et al., 2002). Faktoranalyse av kriteriene har imidlertid tydet på at de definerer et nosologisk enhetlig konstrukt. Kriteriene passet best inn i en modell med tre sterkt korrelerte latente faktorer, identifisert som relasjonell forstyrrelse, dysregulert atferd og dysregulert affekt (Sanislow et al., 2002). Selv om dette underbygger diagnosens konstruktvaliditet er disse faktorene samtidig for generelle til å fange opp betydningsfull individuell variasjon.

Selvskading, selvmordstanker og selvmordsforsøk er sterkt identifisert med diagnosen i manges øyne, og representerer den mest akutte og livstruende siden av lidelsen (Gunderson & Links, 2008, s. 24-25). Samtidig er dette antagelig er de minst prevalente symptomene blant pasienter med BPD (Sanislow, et al., 2002), og de som viser minst stabilitet over tid (McGlashan, et al., 2005). En prospektiv studie viste at ustabil affekt best predikerer selvmordsrelatert atferd og selvmordsforsøk (Yen et al., 2004). Antagelig bør selvskading og selvmordsrelatert atferd forstås som ett av flere uttrykk for ustabilitet i affekt og atferd, som i sin tur er mer sentrale trekk ved BPD (Crowell, et al., 2009).

Det er gjort forsøk på å identifisere subgrupper innenfor diagnosen. Leihener og medarbeidere (2003) undersøkte selvrappporterte interpersonlige problemer hos pasienter med BPD. De fant to subgrupper, én kjennetegnet av avhengighet og tilbaketrekning, og en kjennetegnet av autonomi og interpersonlig kulde. Andre har argumentert for å skille mellom grupper ut fra om symptomene er kongruente med pasientens oppfatning av seg selv. De hevder at noen pasienter kjennetegnes av selvbylde-kongruent ustabil affekt og dramatiserende interpersonlig stil. Andre kjennetegnes først og fremst av dysregulert negativ affekt, som i større grad oppleves som fremmed og plagsom (Bradley, Conklin, & Westen, 2005; Westen & Shedler, 1999).

Enkelte har diskutert hvorvidt BPD bør forstås som en personlighetsforstyrrelse overhodet. Kritikere har pekt på at to sentrale trekk ved personlighetsforstyrrelser mangler ved BPD, nemlig symptomer som hovedsakelig er kongruente med personens oppfatning av seg selv og høy grad av stabilitet over livsløpet (Paris, 2007). Det har nylig blitt tatt til orde for at diagnosen i DSM-V bør klassifiseres blant symptomlidelsene heller enn personlighetsforstyrrelsene (Gunderson, 2009; New, Triebwasser, & Charney, 2008).

Det er lansert en rekke teoretiske modeller for borderlinepatologi hvor lidelsen knyttes til eller forstås som del av en etablert nosologisk kategori. Paris (2007) og Zanarini (2007) nevner til sammen fem slike modeller:

- En diagnose i schizofrenispektret (e. g. Spitzer, Endicott, & Gibbon, 1979).
- En form for unipolar depresjon (Akiskal et. al. 1985, gjengitt i Zanarini & Frankenburg, 2007).
- En kronisk, kompleks variant av posttraumatisk stresslidelse (Herman, Perry, & van der Kolk, 1989; Herman & van der Kolk, 1987).
- En del av et utvidet bipolar-spektrum (e. g. Akiskal, 2004; MacKinnon & Pies, 2006).
- En form for impulskontroll-forstyrrelse, som del av et spektrum med blant annet antisosial personlighetsforstyrrelse og ruslidelser (Links, Heslegrave, & Van Reekum, 1999; Zanarini, 1993).

Ved siden av modeller knyttet til nosologiske kategorier og empirisk psykopatologi har de spesifikke psykoterapiene som foreligger for BPD sine egne teoretiske formuleringer av borderlinepatologi:

- *Dialektisk atferdsterapi* ser BPD som en forstyrrelse av affekt- og atferdsregulering, knyttet til et sårbart temperament i interaksjon med bestemte miljøfaktorer, særlig at barnets opplevelse og følelser ikke blir gyldiggjort av omsorgspersoner (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo, & Linehan, 2006).
- *Mentaliseringsbasert terapi* bygger på antagelsen om at BPD er forårsaket av svikt i utviklingen av evnen til å mentalisere, altså evnen til å eksplisitt og implisitt fortolke sin egen og andres atferd som meningsfylt ut fra antatte mentale tilstander (Bateman & Fonagy, 2010).
- Innen *skjemafokusert terapi*, ses BPD som en del av samme spektrum som dissosiativ identitetsforstyrrelse. Terapimodellen antar at det indre livet til pasienter med BPD er dominert av fem ulike dissosierte aspekter av selvet (eksempelvis *Det sinte og impulsive barnet* og *Den straffende forelderen*) som interagerer på en uheldig måte (Kellogg & Young, 2006).

- *Overføringsbasert terapi* beskrives i en manual utarbeidet av Kernberg og medarbeidere. Terapien er basert på en revidert versjon av Kernbergs teori om borderline personlighetsorganisering hvor årsaken til forstyrrelsen antas det særlig er tidlig spalting (splitting) av negative og positive objekterfaringer og affekt, og vedvarende bruk av dette som forsvarsmekanisme, (Clarkin, Lenzenweger, Yeomans, Levy, & Kernberg, 2007).

Ingen av de nosologisk baserte modellene har fått noen entydig empirisk støtte, hvilket understreker at BPD er en sammensatt og kompleks lidelse, og fordrer en multifaktoriell stress-sårbarhetsmodell som forklaring (Paris, 2009). Uavhengig av teoretisk formulering har samtlige fire terapiformer vist sterkere effekt enn standardbehandling i kontrollerte studier, selv om ingen av dem fører til full remisjon, og effektene er stabile over tid (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011). Paris (2010) konkluderte i en oversiktsartikkel med at de ulike terapiformene ser ut til å virke spesielt godt på visse aspekter av lidelsen, men at forskjellene er små, og at strukturerte terapiformer og fokus på øket evne til selvobservasjon ser ut til å være sentrale fellesfaktorer i effektiv psykoterapi for BPD.

## **1.2 Etiologi, forekomst, komorbiditet og forløp**

Tvillingstudier tyder på at BPD har en betydelig arvelig komponent (Kendler et al., 2008; Torgersen et al., 2000). Det antas at denne særlig er knyttet til temperament og tendens til dysregulering (e. g. Lynch, et al., 2006; Zanarini & Frankenburg, 2007), og nyere studier av enkeltgener støtter dette (Leichsenring, et al., 2011). Kendler og medarbeidere (2008) fant i sin tvillingstudie at arvbarheten til BPD primært besto i en komponent delt med antisosial personlighetsforstyrrelse, antatt å være genetisk disposisjon for impulsivitet, og en komponent delt med en rekke personlighetsforstyrrelser, antatt å være disposisjon for å oppleve mye negativ affekt. En studie av barn og borderlinetrekke i et utviklingspsykopatologisk perspektiv støtter også impulsivitet og negativ affekt som sentrale temperamentelle disposisjoner for BPD (Gratz et al., 2009).

Fysisk mishandling og seksuelt misbruk forekommer med økt hyppighet i bakgrunnen til pasienter med BPD, men studier tyder ikke på at denne typen livshendelser utgjør noen spesifikk risiko for å utvikle lidelsen. Overhyppigheten er antagelig snarere knyttet til en generell risikoøkning for utvikling av psykopatologi (Bierer et al., 2003; Fossati, Madeddu, &

Maffei, 1999; Golier et al., 2003). Samtidig er det vist en mulig positiv sammenheng mellom alvorlighetsgrad av seksuelt misbruk og omfang av symptomer og funksjonstap (Bierer, et al., 2003; Zanarini et al., 2002), men selvrappport som eneste mål gjør funnene noe usikre.

Emosjonell neglisjering eller mishandling har imidlertid vist sammenheng med BPD i flere studier (Bierer, et al., 2003; Zanarini et al., 1997). Tidlige tap av eller langvarige adskillelser fra omsorgspersoner er også hyppig forekommende i disse pasientenes bakgrunn (Zanarini & Frankenburg, 2007).

Tidlige studier av BPD fra et nevrobiologisk perspektiv har gjennomgående funnet endret fungering i frontale og limbiske områder, med redusert aktivitet og volum i en rekke frontale områder, og økt aktivitet og reaktivitet i det limbiske systemet, særlig amygdala, samt redusert volum også der (Lis, Greenfield, Henry, Guilé, & Dougherty, 2007). Disse funnene er i stor grad støttet av senere studier (Brunner et al., 2010; Minzenberg, Fan, New, Tang, & Siever, 2007; Ruocco, Medaglia, Ayaz, & Chute, 2010; Silbersweig, et al., 2007), hvor flere studier har vist at emosjonsuttrykk i ansikter prosesseres på en endret måte hos pasienter med BPD. Det forholdsvis spesifikke mønsteret av nevrofysiologiske endringer støtter at endret reaktivitet og prosessering i affektive systemer i samspill med redusert fungering i eksekutive systemer er sentralt i forståelsen av BPD. Det foreligger også noe data som kobler BPD til endret fungering i neuropeptid-systemer, som oxytocin, vasopressin og endogene opioider. Disse nevromodulatorene er bredt involvert i interpersonlig atferd som er sentral i BPD, herunder tillit, tilknytning og aggresjon (Stanley & Siever, 2010).

Forekomsten av BPD i befolkningen er estimert til om lag 2% (American Psychiatric Association, 1994), men en nyere stor epidemiologisk studie (N=34 653) oppgir en befolkningsforekomst i USA på hele 5,9% (Grant et al., 2008). En norsk epidemiologisk studie av Oslos befolkning fant til sammenligning en forekomst på 0,7% (Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001). I USA utgjør BPD den største andelen (mellom 30 og 60%) av personlighetsforstyrrelser hos pasienter (American Psychiatric Association, 1994; Skodol, Gunderson, Pfohl, et al., 2002), mens en norsk studie fant en forekomst på 15% blant poliklinisk behandlede pasienter med personlighetsforstyrrelser (Alnæs & Torgersen, 1988). Om de ulike funnene reflekterer reelle forskjeller i befolkningene er imidlertid uklart. Langt flere kvinner enn menn mottar behandling for BPD, mens forekomsten i befolkningen er funnet å være lik for begge kjønn (Grant, et al., 2008).



BPD er kjennetegnet av høy forekomst av komorbide symptomlidelser. Grant og medarbeidere (2008) fant i sitt amerikanske befolkningsutvalg høye forekomster av komorbid rusmisbruk og -avhengighet<sup>1</sup>, stemningslidelser<sup>2</sup> og angstlidelser<sup>3</sup> hos personer med BPD. Flere studier har vist at menn og kvinner med BPD viser noe ulike mønstre av komorbiditet, hvor menn har mer eksternaliserende tilstander og kvinner mer internaliserende (Tadi et al., 2009). Forekomsten av komorbid antisosial, schizotyp og narsissistisk personlighetsforstyrrelse og rusmisbruk og -avhengighet er høyere blant menn med BPD. Angstlidelser, spiseforstyrrelser, posttraumatisk stresslidelse og somatoform lidelse forekommer hyppigere hos kvinner med BPD (Johnson et al., 2003; Tadi, et al., 2009). Lignende mønstre av komorbiditet er funnet hos ungdommer (Bradley, et al., 2005). Det er også vist at det trolig er forskjeller i etiologisk forløp hos gutter og jenter (Gratz, et al., 2009), som kan tenkes å henge sammen med ulike mønstre av komorbiditet. Grant og medarbeidere (2008) undersøkte også livstidsforekomst av andre personlighetsforstyrrelser. De fant at 50,4% av personer med BPD hadde eller hadde hatt minst én diagnose i den eksentriske gruppen (Cluster A), 49,2% minst én diagnose i den dramatiske gruppen (Cluster B) og 29,9% minst én diagnose i den engstelige gruppen (Cluster C). Narsissistisk, schizotyp, paranoid og tvangspreget personlighetsforstyrrelse var de vanligste. Dette avviker fra hva Zanarini og medarbeidere (1998) fant i en studie av innlagte pasienter, hvor det var langt flere med avhengige og unnvikende personlighetsforstyrrelser. Dette er parallelt til den ujevne kjønnsfordelingen blant pasienter, og tyder på at det er systematiske forskjeller i hvilke personer med BPD som søker eller får behandling.

Longitudinelle studier har vist at prognosen er relativt god for de som får behandling, og at opp til 44% ikke tilfredsstiller kravene til diagnosen ved ett års oppfølging (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2005; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2006). Samtidig ser en at trekk som ustabil affekt og identitet er mer stabile, og at diagnostisk remisjon ofte er knyttet til reduksjon i selvskadende og impulsiv atferd (McGlashan, et al., 2005).

---

<sup>1</sup> Siste år 50,7%, livstidsforekomst 72,9%

<sup>2</sup> Siste år 50,9 %, livstidsforekomst 75%

<sup>3</sup> Siste år 59, 6%, livstidsforekomst 74,2%

## 1.3 Affektbevissthetsmodellen

Affektbevissthetsmodellen utgjør det teoretiske grunnlaget for denne studien.

Affektbevissthet er definert som det gjensidige forholdet mellom aktivering av grunnleggende affekter og individets evne til å persipere, reflektere over og uttrykke disse affektene (J. T. Monsen & Monsen, 1999). Teoretisk har modellen utgangspunkt i Silvan S. Tomkins' affekt- og skriptteori (e. g. Tomkins, 1995) kombinert med selvpsykologi, særlig intersubjektiv psykoanalyse (e. g. Stolorow, Brandchaft, Atwood, & Stolorow, 1995). Modellen er samtidig videreutviklet med grunnlag i nyere grunnforskning om affekt (e. g. Ekman, 1992; Izard, 1992; Izard et al., 2011; LeDoux, 1998; Panksepp, 2005a).

Det legges til grunn i modellen at aktivering av distinkte grunnleggende og medfødte affekttilstander er av sentral betydning for individets opplevelse av et koherent selv (Stolorow, et al., 1995). Begrepet affektintegrasjon betegner funksjonell og løpende integrasjon av affektaktivering, kognisjon og atferd i en slik sammenhengende selvopplevelse, som antas å ha sentral betydning for psykisk helse og velvære (J. T. Monsen & Monsen, 1999; Solbakken, Hansen, Havik, & Monsen, 2011). Affektbevissthetsintervjuet og affektbevissthetsskalaene er utviklet som en operasjonalisering av individets evne til affektintegrasjon (J. T. Monsen, Monsen, Solbakken, & Hansen, 2008).

### 1.3.1 Affekt som medfødt signal- og motivasjonssystem

De ulike affektene utgjør et nedarvet sett av ikke-semantiske kategorier for situasjoner som på ulike måter har vært av betydning for reproduksjon og overlevelse gjennom fylogenesen. Aktivering av affekt innebærer en rask og automatisk vurdering av individets fysiske eller psykososiale situasjon som personlig betydningsfull på bestemte måter (Izard, et al., 2011; LeDoux, 1998; Tomkins, 1995). Affekt kan aktiveres direkte av stimuli i miljøet, eller indirekte via kognitive prosesser.

Hver grunnleggende affekt antas å ha en distinkt kombinasjon av fysiologisk aktiveringsprofil, emosjonsuttrykk, og motivasjon for bestemt atferd (Levenson, 2003; Rainville, Bechara, Naqvi, & Damasio, 2006; Tomkins, 1995). De grunnleggende, medfødte affektene har samtidig et antatt læringselement ved å danne affektiv-kognitive strukturer på grunnlag av erfaring; såkalte affektskript (J. T. Monsen & Monsen, 1999; Tomkins, 1995), et begrep som grovt sett er analogt med emosjonsskjema (e. g. Izard, et al., 2011; Kellogg &

Young, 2006). I praksis vil aktivering av affekt nesten alltid innebære aktivering av skript, av en eller annen grad av kompleksitet (Izard, 2009), og dermed være påvirket av individets idiosynkratiske affektorganisering.

Affekt fungerer både som signal- og motivasjonssystem. Affekt er et signalsystem fordi ulike affekter bærer informasjon om den aktuelle relasjonen mellom individ og miljø, i form av automatiske endringer i muskeltonus, positur, autonome reaksjoner og ansiktsuttrykk (Tomkins, 1995). Aktiveringen kan persiperes både hos en selv og hos andre, slik at affekt både er et intrapsykisk og et interpersonlig signal om meningsinnholdet i en situasjon. Presis persepsjon og forståelse av affekter er dermed viktig for å forstå egen og andres atferd som meningsfylt og forutsigbar. Modellen er her teoretisk analog med deler av mentaliseringsbegrepet (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Samtidig er affekt et motivasjonssystem fordi det påvirker oppmerksomhetsfokus og gir retning til atferd (Hugdahl & Stormark, 2003; Izard, 2009).

### 1.3.2 De grunnleggende affektene

Affektbevissthetsmodellen opererer i sin nyeste versjon med elleve grunnleggende affekter (J. T. Monsen, et al., 2008). Hver affekt har en distinkt opplevelseskvalitet og ytre kjennetegn, og har en adaptiv funksjon. Fordi modellen forutsetter at ulike affekter er grunnleggende og ikke mediert av attribusjon antar man at en person kan ha aktivert en affekt uten å selv identifisere den korrekt (Izard, 2009). Fenomenologiske kjennetegn, trekk ved situasjonen eller atferd kan peke mot hvilken eller hvilke grunnleggende affekter som er aktive, uavhengig av personens egen oppfatning.

Tabell 1: Affektenes opplevelseskvaliteter og funksjon i Affektbevissthetsmodellen (K. Monsen & Monsen, 2003).

Affekt	Antatt adaptiv funksjon	Opplevelseskvaliteter
<b>Interesse/iver</b>	Orienterer mot nyhet og potensielle belønninger. Motiverer for utforskning, engasjement og tilnærming til stimuli. Signaliserer ønske om deltagelse og eierskap.	Oppslukt, inspirert, engasjert. Levende og aktiv.

<b>Glede/tilfredshet</b>	Motiverer og belønner atferd som fører til måloppnåelse eller reduksjon av stress og negativ affekt. Orienterer oppmerksomhet mot trekk ved positive situasjoner.	Letthet, optimisme, tilfredshet, ro, indre varme, opplevelse av styrke og kompetanse.
<b>Frykt/engstelse</b>	Orienterer mot fare ved konkrete trusler eller tap av forutsigbarhet, motiverer for å redusere risiko, organiserer unngåelse, flukt- og frysresponser.	Høy fysiologisk spenning, årvåkenhet, ubehag.
<b>Sinne/irritasjon</b>	Motiverer og gir energi til atferd som aktivt bevarer individets grenser og fjerner hindre for måloppnåelse. Signaliserer vilje til å forsvare egne interesser.	Brå, anspent, kokende, impulsiv, klar for handling og konfrontasjon, selvsikker og sterk.
<b>Forakt</b>	Motiverer for å unngå kontakt med individer der kontakten kan true egen status og tilhørighet. Markerer og signaliserer avstandtagen. Signaliserer trussel om sosial eksklusjon til andre individer.	Opplevelse av overlegenhet, kald og distansert holdning, devaluering og depersonalisering av andre.
<b>Avsky/vemmelse</b>	Orienterer mot skitne, ødelagte eller sykdomsfremkallende ting, i konkret eller overført psykologisk betydning. Sterkt assosiert til aversiv lukt og smak. Motiverer for unngåelse og hygiene.	Avsmak, uvel, behov for selvbeskyttelse, unngå kontakt. Eventuelt kvalme og brekningsfornemmelser.
<b>Skam/sjenanse</b>	Aktiveres av trusler mot tilhørighet og status, motiverer for å minimere	Smertefull opplevelse av å være liten, hjelpeløs, mislykket, inkompetent.

---

	skade på sosial anseelse og aksept. Signaliserer erkjennelse av å ha brutt med en norm.	Intenst oppmerksom på seg selv. Behov for å skjule seg.
<b>Tristhet/ fortvilelse</b>	Orienterer mot tap, motiverer for å unngå ytterligere investering i noe som er tapt. Fører til reorientering og søking av sosial støtte, signaliserer behov for omsorg og støtte fra andre.	Nedstemt, skuffet, ulykkelig, vil gråte, behov for omsorg, tyngende følelse, klump i halsen.
<b>Skyldfølelse/dårlig samvittighet</b>	Orienterer mot at egen atferd truer tilknytning i nære relasjoner. Motiverer for aktivt å gjenopprette relasjonens stabilitet ved å ta ansvar og gjøre opp for seg. Signaliserer anerkjennelse av ansvar og ønske om å styrke relasjonen.	Selvklandering, kretsing omkring begått urett, vond klump i magen, opplevelse av å være et dårlig menneske. Vanskelig å møte andres blikk.
<b>Sjalousi/misunnelse</b>	Orienterer mot å bli ekskludert eller fratatt ressurser ved andres atferd. Motiverer for forsøk på å ta tilbake kontroll over situasjonen. Signaliserer vilje til å investere i relasjoner eller ressurstilgang.	Krenkelse, å bli tilsidesatt, holdt utenfor, ikke god nok, urettferdighet. Mistro og mistenksomhet, mindre generøs.
<b>Ømhet/hengivenhet</b>	Orienterer mot andres og egne omsorgs- og nærhetsbehov, motiverer for nærhet, tilknytning og intimitet, signaliserer tillit og aksept.	Varme, behov for kroppskontakt. En opplevelse av spesiell kontakt, tilhørighet eller nærhet til objektet for følelsen. Følelse av enhet og ro. Demper eksklusjonsaffekt.

---

### 1.3.3 Affektorganisering

Begrepet affektorganisering betegner den antatte individualiserte strukturen affektsystemet får gjennom erfaring. Tomkins (1995) beskriver den grunnleggende affektive strukturen som en *scene*, en representasjon av en situasjon med minst én affekt som angår noe i situasjonen. Affekt antas å ha en sterk kapasitet for knytte konkrete sceniske erfaringer sammen til mer generelle klasser og sekvenser av scener. Disse får et felles meningsinnhold for individet knyttet til den eller de affektene som er i scenene, og betegnes som *skript*. Slik former erfaring affektsystemet, ved at affekter og bestemte blandinger av affekter blir tilknyttet et større og mer komplekst sett av stimuli enn de som aktiverer affektene ut fra biologisk predisposisjon. Dette tilfører en lærende og fleksibel kapasitet til det medfødte signal- og motivasjonssystemet affektene utgjør. Ettersom skript er en form for affektive fortellinger må man anta at kultur også påvirker individets skriptdannelse, gjennom ulike former for fortellinger som litteratur, film og eventyr. Identifikasjonen med protagonisten i fortellingen innebærer også en erfaring med sekvenser av scener.

Skriptet påvirker både tolkning og reaksjon, ved at situasjoner fremstår som affektivt like for individet. Denne opplevde likheten innebærer en implisitt antagelse om hva som videre vil skje, og hvordan situasjonen skal håndteres. Affektive skript organiserer på denne måten individets opplevelse, og kan konsolideres til personlighetstrekk (Demorest & Alexander, 1992; Izard, 2009). Et skriptteoretisk rammeverk bidrar slik til å forklare hvordan individets personlighet formes gjennom samspill mellom et medfødt affektsystem, personlig erfaring og kulturelle narrativer.

Skript kan bestå av en lang rekke affekter, og av blandinger av affekter, og ha ulik grad av scenisk spesifisitet. Noen skript aktiveres sjelden, bare i scener som ligner mye på konkrete tidligere erfaringer eller kulturelle prototyper. Andre skript er mer generelle, og kan aktiveres i mange situasjoner. Dersom individet har mange affektivt ladde erfaringer med en bestemt affekt- og hendelsessekvens, på tvers av mange situasjoner, vil dette danne et skript med svært generelle og overordnede kjennetegn. Da vil terskelen være lav for at en ny situasjon tolkes gjennom dette skriptet. Samtidig vil den hyppige aktiveringen av et slikt skript tilordne stadig flere sceniske trekk som kjennetegn ved den klassen av situasjoner skriptet representerer for individet (Carlson, 1981). Svært mange situasjoner oppleves etter hvert affektivt like, og forsøkes derfor håndtert på samme måte. På denne måten vil ett generelt skript kunne få en dominerende plass i individets opplevelse, og utgjøre personens mest

presserende og grunnleggende affektive problem . Ofte vil slike skript ha sin opprinnelse i tidlige, sterke og gjentatte opplevelser med ubehagelige affekter. Det er denne typen hyperassimilerende skriptstruktur vi betegner som *kjerneskript* (Tomkins, 1995), og slike strukturer antas å spille en sentral rolle i psykopatologiske tilstander (J. T. Monsen & Monsen, 1999; Siegel & Demorest, 2010).

### 1.3.4 Affektintegrasjon

Konstruktet affektintegrasjon følger av affektbevisstehetsmodellens premiss om at affektsystemer reagerer direkte på stimuli i miljøet, i tillegg til å kunne aktiveres av kognitive prosesser. I modellen antar man dermed at mennesker har to i prinsippet uavhengige systemer for å tolke miljøet sitt. Slik er det mulig for det eksplisitte, semantiske systemet å representere en situasjon på én måte, mens den implisitte, affektive fortolkningen kan være annerledes. Jo større ulikheten mellom eksplisitt representasjon og implisitt fortolkning er, jo mer vil de affektive reaksjonene oppleves som jeg-fremmede og uforståelige. I ytterste konsekvens vil affektaktivering da kunne virke overveldende og true med å desorganisere personens opplevelse av et koherent selv. Ulike regulerende strategier kan da bli tatt i bruk for å hindre slik desorganisering, selv om strategiene kanskje også har uheldige virkninger (J. T. Monsen & Monsen, 1999; Solbakken, Hansen, & Monsen, Under trykking).

En slik antatt sammenheng mellom unngåelse av opplevelse og psykopatologi finnes igjen på tvers av mange teoretiske orienteringer (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). Til forskjell fra slike formuleringer er affektintegrasjonsbegrepet ikke bare en modell for psykopatologi, men søker også å forklare hvordan sammenheng mellom affekt, atferd og kognisjon er knyttet til god psykisk helse og styrket fungering på tvers av ulike livsområder. Affektintegrasjon er langt på vei teoretisk analogt med Caroll Izards konstrukter *emotion utilization* og *emotion knowledge* (e. g. Izard, et al., 2011). Konstruktet affektintegrasjon innebærer imidlertid en mer fenomenologisk finkornet beskrivelse av det samme fenomenet, i fire ulike aspekter; oppmerksomhet, toleranse, emosjonell ekspressivitet og begrepsmessig ekspressivitet.

*Oppmerksomhet* innebærer sensitivitet for de kroppslige og mentale virkningene av affektaktivering, og presisjon i å gjenkjenne og skille affekter fra hverandre. God oppmerksomhet innbefatter også bevissthet om ulike nyanser og intensiteter av affekt.

Oppmerksomhetsaspektet innebærer å eksplisitt representere at affektiv aktivering finner sted i en selv, og hvilken eller hvilke affekter det gjelder (Solbakken, et al., Under trykking).

*Toleranse* er hvordan individet kan vedstå seg og akseptere virkningen av affekten, lar seg bevege og motivere, håndterer affektens virkning og bruker den som signal.

Toleranseaspektet innebærer evnen til å bevare et refleksivt forhold til egen affekt når den aktiveres, slik at individet ikke blander egen reaksjon med ytre realitet. Personer med god toleranse for affekt kan eksplisitt representere den affektive aktiveringen som betydningsfull for seg selv og presist identifisere hva slags personlig mening affektaktiveringen har.

Toleranse innebærer også å koordinere den affektive motivasjonen med de aktive målene individet har (Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Markus & Wurf, 1987). Det sistnevnte kan både innebære å bruke affektaktiveringen for å nå målene, men også å ikke handle i tråd med affektens motivasjon fordi det kunne hindre måloppnåelse. For eksempel ville en kampsportutøver med god toleranse for sinne både kunne bruke sinnets motivasjon for konfrontasjon i en konkurranse og samtidig unngå at affekten får henne til å gå utenfor idrettens regler (Solbakken, et al., Under trykking).

*Emosjonell ekspressivitet* viser til individets aksept for og bevissthet om egen nonverbal formidling av affekten, i ansiktsuttrykk, stemmebruk, kroppsholdning og andre nonverbale tegn. Nyanser og kontroll i uttrykket for affekt tillater individet aktivt å ta affekten inn i sin nonverbale selvpresentasjon. De ulike affektene nonverbale uttrykk har både konvensjonell og universell implisitt kommunikasjonsverdi i samhandling med andre, og affektintegrasjon innebærer å ta denne aktivt i bruk (Solbakken, et al., Under trykking). For ansiktsuttrykk er det solid evidens for affekt-spesifisitet (Keltner, Ekman, Gonzaga, & Beer, 2003), og det er også støtte for at ulike affekter kjennetegnes av distinkte, universelle trekk ved uttale og toneleie (Scherer, Johnstone, & Klasmeyer, 2003).

*Begrepsmessig ekspressivitet* innebærer verbalt artikulert formidling av egen affekttilstand, og i hvilken grad dette er vedstått, nyansert og konvensjonelt forståelig for andre (Solbakken, et al., Under trykking). Slik kan affekten tas inn i den pågående interpersonlige diskursen som bidrar til å konstituere selvforståelse (Bruner, 1990), og i den språklig strukturerte selvbiografiske hukommelsen (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). En kan også tenke seg at konvensjonell artikulering av affekt innebærer at man får bedre tilgang på den forståelsen av de ulike affektene som ligger nedfelt i språkets struktur og i kulturelle uttrykk (Oatley & Jenkins, 1992).



### 1.3.5 Forholdet mellom affektorganisering og affektintegrasjon

Den affektaktivering som integreres, slik det er beskrevet gjennom disse fire aspektene, vil alltid være organisert på en bestemt måte gjennom scener og skript. Affektorganisering og affektintegrasjon er komplementære begreper, og beskriver det samme affektsystemets fungering (Solbakken, et al., Under trykking). Dette reiser spørsmålet om konstruktene er distinkte nok til å rettferdiggjøre bruken av to begreper, noe som hittil ikke er tilstrekkelig drøftet i litteraturen.

En kan argumentere for at affektintegrasjon i ethvert tilfelle også vil innebære en organisering av affekt i en scene, altså en eller annen grad av samordning av affekt med sensoriske representasjoner, kognitive prosesser og atferd. I dette perspektivet kan affektintegrasjon forstås som konkrete, tidsavgrensede tilfeller av affektorganisering.

For å klargjøre skillet og sammenhengen mellom affektorganisering og affektintegrasjon kan det konseptuelle skillet mellom *tilstander* (states) og *egenskaper* (traits) være relevant (e. g. Fridhandler, 1986). Affektintegrasjon er definert som en løpende integrasjon av affekt med kognisjon og atferd, og betegner slik sett en tilstand som utfolder seg i tid, hvor graden av integrasjon i et gitt øyeblikk kan være høy eller lav (Stern (2004) diskuterer lignende fenomener). Affektorganisering betegner derimot individuelle mønstre i affektiv aktivering på tvers av ulike situasjoner, og må dermed ses som en egenskap ved individet.

Affektorganisering, som en egenskap, tenkes å bidra til ulike grader av tilstanden affektintegrasjon i konkrete situasjoner. Samtidig er ikke affektorganisering den eneste faktoren som avgjør grad av affektintegrasjon i en gitt sammenheng. Ulike miljøfaktorer kan også tenkes å fremme eller hemme affektintegrasjon, slik som samspill med andre personer (Beebe & Lachmann, 2002). For eksempel kan psykoterapi foregå gjennom fasilitering av høyere grad av affektintegrasjon i timene enn pasienten ut fra sin affektorganisering typisk vil oppnå på egen hånd. Flere tilfeller av høy affektintegrasjon vil innebære mer differensiert opplevelse og erfaring, som over tid forventes å føre til mer nyansert og fleksibel affektorganisering, som igjen gjør at høy affektintegrasjon oftere forekommer, også utenfor timene (J. T. Monsen, Odland, Faugli, Daae, & Eilertsen, 1995). Affektbevissthetsskalaene og –intervjuet ville i denne tolkningen av modellen være en operasjonalisering av det nivå av affektintegrasjon et individs affektorganisering typisk vil medføre. De to begrepene affektintegrasjon og affektorganisering fungerer altså som komplementære beskrivelser av det

samme fenomenet i ulike tidsperspektiver. Det synes dermed teoretisk nyttig å opprettholde to distinkte begreper.

## 1.4 Affekt og borderline personlighetsforstyrrelse

Ustabiliteten i affekt hos pasienter med BPD er særlig kjennetegnet av stor labilitet i sinne og frykt, og vedvarende pendling mellom angst og depressiv nedstemthet eller tristhet. Sinne opptrer gjerne etter angst, og det er lite opplevelse av glede og interesse (Koenigsberg, et al., 2002; Reisch, Ebner-Priemer, Tschacher, Bohus, & Linehan, 2008). Følelseslivet til pasienter med BPD er også kjennetegnet av uhyre sterk subjektiv lidelse, selv sammenlignet med andre pasienter med personlighetsforstyrrelser (Conklin, et al., 2006; Zanarini, Frankenburg, DeLuca, et al., 1998).

En rekke studier av ustabil affekt ved BPD har benyttet ulike teknikker for å innhente informasjon om stemningsleie på forskjellige tidspunkter i hverdagen, såkalt *experience sampling methodology* (ESM). I følge en litteraturgjennomgang viser studiene samlet sett at personer med BPD både opplever hyppigere og mer intense tilfeller av negativt stemningsleie enn friske personer og mer variasjon i stemningsleie, både med endringer som er større og opptrer oftere. Samtidig viser en del av studiene at endringer i stemningsleie ofte var knyttet til interpersonlige stressorer, noe denne gruppen hadde flere av og gjennomgående selv vurderte som mer alvorlige sammenlignet med kontrollgruppene (Nica & Links, 2009). Dette understreker hvordan ustabilitet i affekt hos personer med BPD er vevet sammen med interpersonlig fungering.

To av disse studiene benyttet studentutvalg og målte borderline personlighetstrekk (Tolpin, Gunthert, Cohen, & O'Neill, 2004; Zeigler-Hill & Abraham, 2006), men gjorde i store trekk de samme funnene som studier av pasientutvalg. Sett i sammenheng tyder disse studiene på at det er en kontinuitet i sammenhengen mellom borderlinepatologi og ustabil affekt (Yen, et al., 2002) som går fra personlighetstrekk til klinisk syndrom.

Conklin og medarbeidere (2006) fikk erfarne klinikere til å beskrive pasienter ved hjelp av Q-sortmetodikk for å vurdere affekt og affektregulering, og sammenlignet så pasienter med BPD med pasienter med dystymi. Observasjonene tydet på at pasientene med BPD ikke opplevde mer negativ affekt enn pasientene med dystymi, men at de differensierte mindre mellom affekter, og hadde et snevrere spektrum av affektiv opplevelse. Videre ble de vurdert å

gjennomgående ha mer uhensiktsmessige strategier for affektregulering enn pasientene med dystymi. Studien fant også støtte for en modell med tre subgrupper av pasienter med BPD, en internaliserende-dysregulert, en eksternaliserende-dysregulert og en dramatiserende-impulsiv, i tråd med tidligere studier fra samme forskningsgruppe (Bradley, et al., 2005; Westen, Shedler, & Bradley, 2006).

Differensiering av affekter hos pasienter med BPD har tidligere vært undersøkt fra ulike perspektiver. Levine og medarbeidere (1997) fant at pasienter med BPD hadde større vansker med å differensiere affekt både hos seg selv og andre. En studie med selvrappportmål fant også en viss sammenheng mellom BPD og uklar opplevelse av affekt (Leible & Snell, 2004). Videre har en rekke undersøkelser vist at pasienter med BPD har karakteristiske avvik i gjenkjenning av emosjonelle ansiktsuttrykk. Nøytrale ansiktsuttrykk blir oftere vurdert som sinte eller redde, og pasientene er generelt mer sensitive for negative ansiktsuttrykk. Noen av studiene har også funnet redusert presisjon i gjenkjenning av distinkte affekter (Domes, Schulze, & Herpertz, 2009).

Økt generell reaktivitet til affektive stimuli har vært antatt å være sentralt ved BPD, og er inkludert i den diagnostiske beskrivelsen (American Psychiatric Association, 1994; Koenigsberg, et al., 2002; Lynch, et al., 2007). Den empiriske støtten for denne antagelsen er imidlertid svak. En rekke studier, både psykofysiologiske og selvrappportbaserte, har ikke funnet støtte for en økt generell affektiv reaktivitet hos pasienter med BPD (Jacob et al., 2009; Kuo & Linehan, 2009; Rosenthal et al., 2008).

Imidlertid har to studier med psykofysiologiske mål vist en spesifikk økt reaktivitet til beskrivelser av scener som involverer å bli ekskludert eller forlatt (Limberg, Barnow, Freyberger, & Hamm, 2011; Schmahl et al., 2004). I affektbevissthetsmodellens perspektiv antas affektive reaksjoner på denne typen scener spesifikt å involvere affektene skam, skyld eller misunnelse. Gratz og medarbeidere (2010) induserte stress med en eksperimentell oppgave, og fant at pasienter med BPD hadde en markert sterkere og mer vedvarende skamrespons på negativ tilbakemelding enn kontrollgruppen, men ingen økt generell stressrespons på oppgaven som sådan. Sett i sammenheng støtter dette at den scene-spesifikke fysiologiske reaktiviteten sett hos pasienter med BPD er mediert av bestemte affekter. Den negative tilbakemeldingen i eksperimentet til Gratz og medarbeidere antas å aktivere skam fordi situasjonen med å få kritikk av fremmede angår generell gruppetilhørighet og status, ikke bestemte relasjoner.

Andre studier tyder også på at skam kan være en svært sentral affekt hos pasienter med BPD, som blant predikerer selvskadende atferd (Brown, Linehan, Comtois, Murray, & Chapman, 2009). En studie som brukte implisitte mål på skam fant at pasienter med BPD hadde en langt sterkere implisitt assosiasjon mellom eget selv og skam enn pasienter med sosial fobi (Rüsch et al., 2007). En annen studie med selvrappportmål på selvaktelse fant imidlertid at pasienter med unnvikende personlighetsforstyrrelse hadde lavere selvaktelse enn pasienter med BPD (Lynum, Wilberg, & Karterud, 2008). Forskjellen i studienes funn kan tenkes å representere relativt lavere grad av affektintegrasjon hos pasientene med BPD, som reflekteres i stor diskrepans mellom selvrappportmål og implisitte mål.

Fra et diagnosekritisk perspektiv har det også blitt hevdet at BPD best kan forstås som en kronisk skamrespons (Crowe, 2004). MacDonald og Leary (2005) har argumentert for at skam og skyld kan forstås som en affektiv smerterespons ved fare for eksklusjon fra sosiale fellesskap eller nære relasjoner. De viser til at fysisk smerte medieres av distinkte sensoriske og affektive systemer, og sammenfatter data som tyder på at tegn på sosial eksklusjon også aktiverer den affektive siden av dette systemet. Den intense indre smerten som kjennetegner pasienter med BPD (Zanarini, Frankenburg, DeLuca, et al., 1998) kan i lys av dette også støtte at uintegrert skam, opplevd bare som intens indre smerte, spiller en sentral rolle i BPD.

## **1.5 Oppsummering og problemstilling**

Borderline personlighetsforstyrrelse er en alvorlig og forholdsvis vanlig psykisk lidelse (Grant, et al., 2008), og utgjør tross en viss heterogenitet i klinisk presentasjon et enhetlig nosologisk konstrukt (Paris, 2007). Lidelsens etiologi synes å være multifaktoriell, med ulike genetiske og miljømessige faktorer som kan virke inn, og sannsynligvis med flere differensierbare utviklingsveier til det samme syndromet (Gratz, et al., 2009; Leichsenring, et al., 2011). Ustabil og intens negativ affekt er en helt sentral del av lidelsen, og antas å ligge bak flere av de mer iøynefallende symptomene, som selvskading og selvmordsforsøk (e. g. Yen, et al., 2004). En del studier sett i sammenheng kan tyde på at betydningen av skam- og skyldfølelse for BPD er mer sentral enn disse affektenes rolle i litteraturen skulle tilsi (Brown, et al., 2009; Limberg, et al., 2011; MacDonald & Leary, 2005; Rizvi & Linehan, 2005; Rüsch, et al., 2007; Schmahl, et al., 2004).

I litteraturen er negativ affekt stort sett behandlet som et grunnleggende enhetlig konstrukt, om enn ikke alltid på en teoretisk eksplisitt måte. Det foreligger så vidt vi er kjent med få studier av pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse med utgangspunkt i en teori om differensiell affekt (se Domes et al., 2008; Farrell & Shaw, 1994; Koenigsberg, et al., 2002; Leible & Snell, 2004), og ingen som har sett på affektintegrasjon. Reguleringsbegrepet er mye brukt til å forstå sammenhengen mellom negative affekter og borderlinepatologi. Samtidig dekker ikke begrepet hele bredden av mulige sammenhenger mellom affekt og psykopatologi slik det i hovedsak brukes (Izard, Stark, Trentacosta, & Schultz, 2008).

Denne studien er en kvalitativ, empirisk undersøkelse av borderlinepatologi gjennom affektbevissthetsmodellens begrepsapparat. Affektbevissthetsmodellen legger en annen forståelse av affekt til grunn enn den dominerende i litteraturen, i at affekt differensieres ut over valens og intensitet, og i at modellen skiller mellom affektintegrasjon og -regulering (J. T. Monsen & Monsen, 1999). En studie med utgangspunkt i affektbevissthetsmodellen kan derfor bidra til å belyse den rollen affekt spiller i borderline personlighetsforstyrrelse fra et nytt perspektiv, og kan hende mer fenomennært og detaljert enn i mange tidligere studier.

## 2 Metode

Studiens mål er å belyse borderline personlighetsforstyrrelse gjennom begrepene affektorganisering og affektintegrasjon. Disse konstruktene er tett knyttet til et individs subjektive meningsdannelse, og viktige elementer av fenomenene de betegner er kun tilgjengelige introspektivt. Dette gjør at kvalitativ metode er godt egnet til å gi en valid beskrivelse av fenomenet (Langdridge, 2007).

Samtidig stiller kvalitativ metode krav til eksplisitt refleksjon omkring de antagelsene og den for forståelsen som ligger til grunn for analysen, slik at leseren kan vurdere resultatene opp mot denne. Betydningen av å kunne tidfeste ulike beslutninger og ideer og etterspore utviklingen i arbeidet er derfor sterkt poengtert (Kvale, 1996; Langdridge, 2007). I tråd med dette ble det ført en arbeidslogg gjennom hele analyseprosessen, som inngikk fortløpende i en kritisk vurdering av analysens resultater.

### 2.1 Hermeneutikk som metodisk tilnærming

Det teoretiske perspektivet som først og fremst har styrt analysen av intervjuene er hermeneutikk, altså læren om fortolkning (Kvale, 1996; Phillips, 1996). Hermeneutikk har sine røtter i tekstvitenskapene, og er den førende metoden innen litteraturvitenskap, juss og historie, hvor den benyttes for å etablere gyldige fortolkninger av en teksts mening. Samtidig har hermeneutisk metode også lenge blitt brukt for å forstå meningsfylt handling, og komme frem til gyldige og allmenne fortolkninger av meningsinnholdet i ytringer (Kvale, 1996). Det har også vært argumentert for at hermeneutikk kan brukes til å fortolke ubevisst psykologisk struktur ut fra et individs ytringer (Frosh & Young, 2008).

Hermeneutikk som metode er først og fremst kjennetegnet av to ting:

For det første vil man i en hermeneutisk analyse ikke gjøre en vurdering av helhetlig mening direkte ut fra delene i materialet. Hermeneutikk innebærer en sirkulær og iterativ tilnærming til analyse, hvor helhet og del forstås i lys av hverandre i en vekslende og gjentatt lesning og fortolkning (Kvale, 1996; Langdridge, 2007). I denne konkrete analysen innebar det at de enkelte utsagnene til pasienten både dannet grunnlag for forståelse av skriptstruktur og integrasjonsnivå, og i sin tur ble refortolket i lys av den forståelsen de hadde bidratt til.

For det andre anerkjenner man innen hermeneutikk at enhver forståelse av ytringer eller teksters mening er historisk og kulturelt situert, og at den forforståelsen som følger av den historisk-kulturelle posisjonen forskeren har uunngåelig vil prege resultatene man kommer frem til (Kvale, 1996; Phillips, 1996). Denne studien er kulturelt og historisk situert innenfor moderne klinisk psykologi og psykiatri generelt, og spesifikt innenfor en bestemt psykoterapimodell – til sammen kan dette sies å utgjøre et kunnskapsparadigme. At affektbevissthetsmodellen utgjør en sentral del av forforståelsen som inngår i den hermeneutiske analysen gjør at det er problematisk å si noe om modellens validitet på grunnlag av resultatene. Slik konstruktvalidering av affektbevissthetsmodellen har heller ikke vært formålet med studien. Gyldigheten i studiens resultater hviler dermed også på affektbevissthetsmodellens konstruktvaliditet, som har fått støtte i andre undersøkelser (Lech, Andersson, & Holmqvist, 2008; J. T. Monsen, et al., 1995; Solbakken, et al., 2011). På samme måte er resultatene ikke relevante for en diskusjon om klinisk psykologi og psykiatri som gyldige forståelsesrammer for den atferden som her forstås som borderline personlighetsforstyrrelse.

Slik sett innebærer denne studien en pragmatisk bruk av hermeneutisk metode, primært som en metodologi for å fortolke, innenfor en teoretisk forståelsesramme. Studien er dermed annerledes enn en del måter å drive hermeneutisk forskning innen psykologi (Langdridge, 2007; Laverty, 2003), fordi resultatene antas å kunne si noe om reelle psykologiske strukturer i positivistisk forstand, gitt at det teoretiske grunnlaget som inngår i analysen har tilstrekkelig konstruktvaliditet.

## **2.2 Utvalg og datainnsamling**

Data ble innhentet gjennom den Norske multisenterstudien av prosess og utfall i psykoterapi (Havik et al., 1995). Deltagerne i Multisenterstudien ble rekruttert blant pasienter ved Distriktpsikiatriske sentra flere steder i Norge. Alle deltagere avga skriftlig informert samtykke, og datainnsamlingen var godkjent av regional etisk komité. Psykopatologi ble utredet med SCID-I og SCID-II (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1994; First, Spitzer, Gibbon, Williams, & Benjamin, 1994), samt med SCL-90-R (Derogatis, 1983). 166 av deltagerne ble intervjuet med Affektbevissthetsintervjuet (J. T. Monsen, et al., 2008). En rekke andre måleinstrumenter ble også benyttet som del av Multisenterstudien (Havik, et al.,

1995), men er ikke del av datagrunnlaget i denne undersøkelsen. Alle intervjuer ble foretatt av psykologer eller psykiatere med opplæring i de aktuelle instrumentene.

## 2.2.1 Affektbevissthetsintervjuet

Formålet med dette semistrukturerte intervjuet er å utforske og vurdere grad av affektbevissthet for de grunnleggende affektene i Affektbevissthetsmodellen (J. T. Monsen & Monsen, 1999; Solbakken, et al., 2011). I den nåværende versjonen av modellen regner en med elleve grunnleggende affekter: Interesse/iver, tilfredshet/glede, engstelse/frykt, irritasjon/sinne, forakt, avsky, sjenerthet/skam, tristhet/fortvilelse, misunnelse/sjalousi, dårlig samvittighet/skyld og ømhet/hengivenhet. Forakt og avsky har blitt lagt til modellen etter innsamlingen av data til denne studien, og disse to affektene er derfor ikke tatt inn i analysene. Intervjuet går gjennom hver enkelt affekt, med utgangspunkt i utforskning av scener – situasjoner intervjuobjektet opplever den aktuelle affekten i. Med scener som imaginært utgangspunkt kartlegger intervjuet videre de fire integrasjonsaspektene i affektbevissthetsmodellen; oppmerksomhet, toleranse, emosjonell- og begrepsmessig ekspressivitet.

Tabell 2: Spørsmål i affektbevissthetsintervjuet som brukt i studien

---

### **Innledning:**

Jeg vil nå snakke med deg om hvordan du kan ha det, og hva du opplever i ulike situasjoner.

### **Hovedspørsmål for hver affekt etablerer scener:**

Først vil jeg at du skal fortelle meg om noe som gjør deg interessert og som gjør deg ivrig.

Fortell meg om noe som gjør deg glad.

Fortell meg om noe som får deg til å kjenne deg redd eller engstelig.

Fortell meg om noe som gjør deg irritert eller sint.

Hva kan få deg til å kjenne deg sjenert eller skamfull?

Hva er det som kan gjøre deg fortvilet eller trist?

Hva får deg til å bli misunnelig eller sjalu?

Hva kan få deg til å kjenne dårlig samvittighet eller skyldfølelse?

Hva kan få deg til å kjenne ømhet, nærhet eller hengivenhet?

### **Etter hvert hovedspørsmål utforskes de fire integrasjonsaspektene for den aktuelle affekten:**

#### *Oppmerksomhet*

Hvordan merker du at du er [aktuell følelse], hva kjenner du det på? (Hvis intervjuobjektet

---



---

bare har kroppslige eller bare mentale kjennetegn spør man etter det motsatte)

Eventuelt: Hva ville skje hvis du gjorde det?

#### *Toleranse*

Når du merker at du er [aktuell følelse], hvordan virker den følelsen på deg, hva gjør den med deg?

Når du kjenner den stemningen i deg, hva gjør du da med den følelsen?

Tror du at følelsen kan fortelle deg noe av betydning?

Eventuelt: Hva ville skje om du ikke [aktuell form for unnvikelse] og hadde latt følelsen virke mer inn på deg?

#### *Emosjonell ekspressivitet*

Hvordan er det for deg å vise andre at du er [aktuell følelse]?

Hvordan tror du selv at du viser det?

Eventuelt: Hva kunne skje dersom du viser andre [aktuell følelse]?

eller: Hvis de andre hadde merket det, hva ville de tenkt om deg?

#### *Begrepsmessig ekspressivitet*

Hvordan er det for deg å fortelle andre at du er [aktuell følelse]?

Hva ville være en typisk måte for deg å fortelle andre at du er [aktuell følelse]?

Eventuelt: Hva kunne skje om du fortalte andre om [aktuell følelse]?

eller: Hvis du hadde fortalt andre om det, hva ville de tenkt om deg?

Intervjueren følger opp med ytterligere utspørring der det er nødvendig for å tydeliggjøre scener, eller for å avklare de ulike integrasjonsaspektene.

---

## **2.2.2 Pasientutvalget**

I alt sytten av de 166 intervjuede pasientene tilfredsstilte kriteriene for en Borderline personlighetsforstyrrelse etter DSM-IV. Disse intervjuene ble transkribert av profesjonelle sekretærer. Samtlige sytten intervjuer ble grundig gjennomlest, med en nedskrevet vurdering av kvaliteten på materialet og mulige indikasjoner på skript. Sentrale vurderingsmoment var hvorvidt alle affektene var dekket og hvor godt intervjueren fulgte opp og fikk pasienten til å utdype utsagn. Gjennomlesningen førte til en beslutning om å ekskludere tre intervjuer som hadde store mangler, hvor en rekke affekter ikke var dekket. Ett intervju var sterkt preget av at pasienten var svært forvirret, og ble derfor også utelatt fra analysen.

Underveis i analysen viste ytterligere fire intervjuer seg å være preget av mangelfull utspørring fra intervjuerens side. To av disse ble etter nærmere drøfting med veileder funnet gode nok til å analysere, mens to ble utelatt. Til sammen inngår intervjuer med elleve av sytten aktuelle pasienter i resultatene. Kjønn, komorbide personlighetsforstyrrelser og opplevd symptombelastning målt ved SCL-90s Global Symptom Index fremgår av følgende tabell:

Tabell 3: Oversikt over kjønn, komorbiditet og symptombelastning.

	<b>Kjønn</b>	<b>Komorbide personlighetsforstyrrelser</b>	<b>SCL-90-R GSI</b>
<b>Pasient A</b>	Kvinne	Unnvikende og tvangspreget	2,77
<b>Pasient B</b>	Kvinne	Ingen	1,84
<b>Pasient C</b>	Kvinne	Tvangspreget og paranoid	2,16
<b>Pasient D</b>	Mann	Unnvikende, tvangspreget og paranoid	2,66
<b>Pasient E</b>	Kvinne	Paranoid	1,22
<b>Pasient F</b>	Kvinne	Avhengig	2,28
<b>Pasient G</b>	Kvinne	Unnvikende og paranoid	3,43
<b>Pasient H</b>	Kvinne	Antisosial	0,78
<b>Pasient I</b>	Mann	Paranoid, schizotyp og schizoid	1,83
<b>Pasient J</b>	Kvinne	Unnvikende, paranoid, schizotyp og schizoid	2,40
<b>Pasient K</b>	Kvinne	Unnvikende, paranoid og schizoid	3,07

## 2.3 Analyseprosessen

Intervjuene som danner utgangspunkt for studien er ikke en åpen samtale. Intervjuinstruksjonene styrer tema entydig inn på de affektene som inngår i affektbevissthetsmodellen. Spørsmålene har til hensikt å utforske de fire aspektene ved affektintegrasjon og hvordan intervjuobjektet fungerer forstått gjennom disse. Intervjuets hensikt er i så måte å fange opp intervjuobjektets subjektive opplevelse av egen affekt, men forstått og organisert

innenfor en bestemt teoretisk ramme snarere enn individets egen mer eller mindre idiosynkratiske selvforståelse.

Denne fremgangsmåten er i tråd med hva Kvale (1996) anbefaler om bruk av intervju som forskningsmetode. Han fraråder å gjøre forskningsintervjuer uten et konkret teoretisk grunnlag og en formulert strategi for analyse. Argumentet er at spørsmålene om hva man skal undersøke og hvorfor må besvares før man vurderer hvordan analysen skal gjennomføres. Videre må den planlagte analysen danne grunnlag for gjennomføringen av intervjuet.

Undersøkelser med ikke-pasienter har indikert en sammenheng mellom borderline personlighetstrekk og lite språk for følelser (Modestin, Furrer, & Malti, 2004; Webb & McMurran, 2008). Det er dermed trolig at et helt åpent spørsmål ville ha gitt mindre rike beskrivelser av intervjuobjektens opplevelse av affekt enn den strukturerte utspørringen om scener og integrasjonsaspekter som affektbevissthetsintervjuet innebærer.

Intervjuene ble analysert for å formulere et skriftlig kjerneskrift for hver enkelt pasient. Dette kjerneskriftet tenkes å være en representasjon av den uhensiktsmessige siden av den aktuelle pasientens affektorganisering, og det typiske nivå av affektintegrasjon organiseringen medfører.

### **2.3.1 Analyse av affektskrift for de enkelte affektene**

Retningslinjer for skriptanalyse ble fulgt i analysen av intervjuene (J. T. Monsen, 1998, Juni). Første trinn var identifisering av skript for hver enkelt affekt. Dette innebærer hva Kvale (1996) betegner som datareduksjon. Korte meningsbærende enheter fra pasientens transkriberte utsagn ble plassert inn i en skriptmatrise for hver enkelt affekt, en form for skjema for å beskrive og utforske den aktuelle affektens organisering (Miles & Huberman, 1994, kap. 5). Det styrende prinsippet var å velge ut de meningsenhetene som reelt utgjorde svar på spørsmålene i intervjuet. Det innebar at noe informasjon som ellers ville være klinisk interessant ikke ble tatt med i skriptet, fordi det ikke direkte angikk affektorganisering og – integrasjon. I mange tilfeller ble også meningsenheter kortet ned for klarhetens skyld. Denne typen redigering av teksten ble markert med [...], både når tekst var tatt vekk før eller etter og når det ble tatt bort noe i midten. Omskriving av tekst ble ikke gjort, ut over å legge til ord som [er] og [har] der det var nødvendig for å bevare meningsinnhold etter redigering. Tanken bak dette var å bevare pasientens egenbeskrivelse i skriptet i størst mulig grad. Dette ble

særlig vurdert å være viktig fordi affektskriptene skulle utgjøre analysemateriale for kjerneskrift. For å sikre at kjerneskriftbeskrivelsen faktisk representerte intervjumaterialet var det viktig å unngå omskriving og ikke-sporbar redigering.

### 2.3.2 Bruk av skript-tegn

Ulike typiske trekk ved affektorganisering som kom til uttrykk i intervjuet ble notert med bestemte tegn (J. T. Monsen, 1998, Juni). Disse gjør det lettere å få øye på hvordan affekter er organisert, og med å identifisere likheter i organisering på tvers av affekter eller scener – en indikasjon på kjerneskrift-strukturens virkning. Følgende former for organisering ble notert:

#### Sekvens (↓)

- Der pasienten beskriver at én form for affektopplevelse fører til en annen.
- Eksempel: *"Når jeg først tillater meg å være [sint]*

↓

*Jeg får sånn backlash etterpå hvor jeg er forferdelig utkjørt og må sove [...] jeg [er] helt utladet".*

#### Sekvens over integrasjonsaspekt (→ eller ←)

- Der pasienten beskriver at affektopplevelsen eller uttrykket i én funksjon fører til noe i en annen funksjon.
- Eksempel: *"Prøver [...] å unngå at de merker det"* → *"Så blir du sliten av det igjen"*  
(emosjonell ekspressivitet, vedståthet) (toleranse, virkning).

#### Konflikt (↑)

- Der to av pasientens utsagn står i et motsetningsforhold til hverandre, eller uttrykker ambivalens eller motstand mot affekten, uten at det beskrives at pasienten mister kontakt med opplevelsen av affekt eller selv.
- Eksempel: *"Jeg må liksom kjempe mot meg selv hele tiden [...] hvis du ikke hadde gjort det så tror jeg du hadde vært likegyldig,*

↑

*og det kan ikke jeg tillate meg å være"*

### Kobling (X)

- Der pasienten beskriver direkte eller indirekte at opplevelsen av én identifisert affekt er blandet med en eller flere andre affekter.
- Eksempler: *"Da er jeg veldig sjenert og samtidig redd"* (skam X frykt) eller *"Det går vel fra sjalusi til å bli irritert, jeg blir jo mere irritert"* (sjalusi X sinne).

### Brudd (≠)

- Der pasienten enten beskriver å aktivt avbryte affektoplevelsen eller uttrykket, eller beskriver å miste opplevelsen av selv eller affekt.
- Eksempler: *"Jeg prøver jo å lukke den ut så fort som mulig"* eller *"Jeg har nesten alle typer symptomer, jeg blir klar over det etterpå liksom hva jeg har gjort"*.

### Brudd med overveldelse (≠O)

- Der pasienten beskriver en tilstand med opplevd kontrolltap og sterk affekt, hvor affekttilstanden får styre pasientens atferd og opplevelse.
- Eksempler: *"Følelsen tar [...] overhånd [...] klarer nesten ikke å stoppe å gråte [...] rastløs, urolig og redd samtidig"* eller *"Sånn tung i kroppen. Helt sånn ødelagt [...] alt er gærent [...] alt er trist og alt er følt"*.

### Fusjon (∞)

- Der det kommer frem gjensidige koblinger innen samme integrasjonsaspekt mellom flere affekter, og hvor det er holdepunkter for at affektene så ofte oppleves eller uttrykkes sammen at pasienten ikke kan skille tydelig mellom dem. Tenkes å representere en svært automatisert kobling, eller sett av koblinger.
- Eksempel: *"Blir litt sånn nummen i kroppen [...] veldig urolig"* under tristhet, sammen med *"Sånn som når jeg blir lei meg [...] blir sånn nummen i kroppen"* under skyldfølelse.

## 2.3.3 Formulering av kjerneskipt

De resulterende skriptskjemaene for enkeltaffekter dannet videre utgangspunktet for kjerneskiptanalysen. Som en heuristisk strategi ble gjennomsnittsskårer for hver pasient på affektbevissthetsskalaene brukt (J. T. Monsen, et al., 2008; Solbakken, et al., 2011).

Snittskåre ble regnet ut både på tvers av hver enkelt affekt, og på tvers av hvert integrasjonsaspekt. Integrasjonsaspektene eller enkeltaffektene med de laveste skårene ble valgt som utgangspunkt i lesingen av skriptskjemaene. Noterte brudd, koblinger og fusjoner ses også som tegn på affektorganisering, særlig der lignende brudd eller koblinger opptrer i

flere affekter. Likhetstrekk mellom scener er en tredje viktig indikasjon på kjerneskript, ettersom kjerneskriptet antas å gjøre ulike situasjoner affektivt like for individet.

Meningsenheter ble plukket ut fra skriptskjemaer for enkeltaffekter, og plassert inn i en matrise som utgangspunkt for en kjerneskriptbeskrivelse. Hvilke affekter som var involvert ble notert over hvert utsagn. Tegnene for ulike former for affektorganisering ble også brukt i formuleringen av kjerneskriptbeskrivelsen. Hensikten med lesingen var hele veien å komme frem til en formulering av pasientens mest presserende og grunnleggende affektive problemer, hvilke typer scener dette forekom i, grad av affektintegrasjon, hva slags affekter som inngikk og hvordan dynamikken mellom og innenfor affektene fremsto. Dette innebar også en bevisst empatisk innlevelse i det avgrensede bildet av en livsverden som affektbevissthetsintervjuet utgjør.

Hver enkelt kjerneskriptbeskrivelse kunne gå gjennom mange delvise omskrivninger i løpet av analyseprosessen, hvor ny lesning av de enkelte affektskriptene førte til en endret forståelse av kjerneskriptet. Analysen innebar også hele veien en balansegang mellom å se etter invariant mønster i det som formidles, samtidig som tolkningen skulle ha en solid basis i pasientenes egne utsagn. Noen av de tidligste kjerneskriptbeskrivelsene ble betydelig revidert mot slutten av prosessen. Tolkningen ble vurdert å ha kommet for langt vekk fra de faktiske utsagnene, og ha en for stor teoretisk komponent. Erfaringer med skriptfenomener fra de seneste skriptbeskrivelsene ble også brukt i en gjenlesing av tidligere formulerte kjerneskriptbeskrivelser, med noen endringer som resultat.

Begge deler ses som en nødvendig del av den hermeneutiske analyseprosessen, hvor økende forståelse fra tidligere lesning og analyse kaster nytt lys over det som leses om igjen. Samtidig viser det at prosessen også har en korrigerende komponent, hvor den vekslende lesingen av helhet og del i lys av hverandre også kan gjøre det tydelig når tolkningen fjerner seg for langt fra grunnlagsmaterialet. Denne analyseprosessen ble videreført helt til alle elleve kjerneskriptbeskrivelser fremsto som så gode som mulig ut fra materialet, og ga mening som teoretisk og klinisk helhet. Innen metodelitteraturen anbefales det at en hermeneutisk prosess fortsetter nettopp til man oppnår en god helhet hvor ytterligere bearbeiding ikke tilfører noe nytt (Kvale, 1996). Denne helheten ble forsøkt gitt en skriftlig og mer generell form, hvor teoretisk baserte vurderinger av integrasjonsgrad, sekvenser, interpersonlige konsekvenser og syklisk dynamikk ble gjort eksplisitte. Ettersom prosessen hele veien har vært en teoretisk informert analyse har slike vurderinger vært en del av forståelsesrammen for fenomenene som

fremkommer i materialet. Det har likevel vært et eksplisitt valg å holde så mye som mulig av materialet så tett opp til pasientenes egne ord som mulig gjennom analyseprosessen, for å unngå å lage selvrefererende teoretiske konstruksjoner.

Det siste trinnet i analyseprosessen var en overordnet organisering av materialet i en tilgjengelig og teoretisk relevant form. Pasientene ble forsøkt gruppert ut fra overordnede fellestrekk i integrasjon og organisering av affekt. Beskrivelsene av pasientenes kjerneskrift og skriptskjemaene finnes som Vedlegg 1.

## **2.4 Antagelser om kjerneskrift**

Det legges til grunn for analysen at kjerneskriftene som kommer ut av analysen reflekterer en reell psykologisk struktur, manifestert som observerbar invarians i opplevelse, kognisjon og atferd. Denne strukturen antas primært å være prosedural og implisitt.

Et kjerneskrift skiller seg fra en klinisk kasusbeskrivelse ved at en rekke ellers sentrale faktorer er utelatt. For eksempel er aktuell sosial situasjon og systemiske faktorer ikke del av kjerneskriftet. Mestring og ressursfaktorer er heller ikke tatt inn. Beskrivelsen av kjerneskriftet er dermed en nærgående og problemorientert beskrivelse av en antatt viktig side av pasientens psykologiske fungering, og ikke ment som noen utfyllende beskrivelse av et klinisk bilde.

Andre materialer enn affektbevissthetsintervjuet kunne i prinsippet også dannet grunnlag for en formulering av et kjerneskrift, som for eksempel observasjon av et terapiforløp, sammenholding av komparentopplysninger eller et grundig, men ustrukturert klinisk intervju. Antagelig ville enkelte metoder lettere ha gitt et snevrere kjerneskrift, for eksempel en formulering som i realiteten gjenspeiler et typisk tilfelle av kjerneskrift-strukturens organiserende virkning på pasientens opplevelse og atferd.

De erfaringsnære utdragene fra pasientens egen beskrivelse som danner utgangspunktet for analysen antas altså å reflektere en underliggende struktur. Kjerneskrift-strukturen antas å stå i et kausalt forhold til innholdet i og sammenhengen mellom utsagnene, men uten at denne strukturen består av verbalt kodede regler eller antagelser. At kjerneskrift forstås som et implisitt og proseduralt mentalt fenomen innebærer en epistemologisk begrensning (Stern, 2004). Det er ikke mulig å gi noen definitiv verbal artikulering av en skriptstruktur, nettopp

fordi det er et komplekst og i stor grad også nonverbalt fenomen. En verbal beskrivelse av en kjerneskrift-struktur vil alltid være omtrentlig, og utgjør en av flere mulige, men lignende, formuleringer. Dette må likevel ikke forstås slik at et kjerneskrift ses som vilkårlig eller en ren konstruksjon.

Det relevante spørsmålet for vurdering av et kjerneskrifts validitet er ikke hvorvidt det er en objektivt korrekt beskrivelse av underliggende struktur, men i hvilken grad formuleringen gir mening til observert atferd og rapportert opplevelse. Formålet med analysen i denne studien er å komme frem til kjerneskrift som er så presise som mulig ut fra det materialet som foreligger og de begrensningene fenomenet i seg selv gir.



## 3 Resultater

Analysen av hvert enkelt intervju gir et bilde av høyst individuelle affektive problemer, selv om det også er mange fellestrekk mellom ulike pasienter. For å gi et overordnet inntrykk er beskrivelsene av de elleve pasientene sammenfattet i fire grupper av pasienter som beskrives sammen, ut fra teoretisk interessante fellestrekk. Samtidig er det noen fellestrekk mellom pasienter som ikke følger denne inndelingen. Disse fellestrekkene representerer mer avgrensede fenomener, men som likevel er av teoretisk betydning.

### 3.1 Pasientgrupper

Disse fire gruppene er formulert ut fra likheter i organisering og integrasjon av affekt. Inndelingen i pasientgrupper tjener til å beskrive noen av de observerte fellestrekkene mellom pasientene fra et affektbevissthetsperspektiv, og representerer ikke noen klar antagelse om nosologisk valide undergrupper.

#### 3.1.1 Selvbeherskelse og skjult affekt

Tre av pasientene (A, E og K) har et fellestrekk i sterk kontroll med affekt, som tidvis glipper. Alle tre bryter av ofte av opplevelsen av affekt, ved å distrahere seg selv og ikke vedstå seg den affektive opplevelsen. For alle tre fremstår dette som en dominerende form for håndtering, på tvers av de fleste affekter. Alle tre klarer vanligvis å være i kontakt med nære andre, er i relasjoner og opplever støtte, så i denne gruppen er tilbaketrekning med andre ord ikke dominerende.

Disse pasientenes oppmerksomhet for affekt er preget av uspesifikk uro, fysiske smerter og indre spenning. Dette er trolig et utslag av at de mest kjenner virkninger av sine egne anstrengelser for å holde affekten unna, og i mindre grad får kontakt med affektenes innhold.

Et annet tydelig fellestrekk er hvordan alle tre har en forestilling om ulike negative konsekvenser av å uttrykke affekt overfor andre, og derfor skjuler eller fordreier uttrykk for affekt, både verbalt og nonverbalt. Pasient A forventer at hun ikke blir forstått og tatt på alvor, og sammenligner dét talende nok med å være ”som et lite barn”. Hun regner med å bli ydmyket og ikke klare å forsvare seg. Pasient E opplever at hun ikke klarer å se på andre uten å smile, og skjuler andre uttrykk for affekt. Hun synes ikke hun kan tynge andre ned med sine

følelser. Pasient K er usikker på hva som kommer til å skje om hun uttrykker affekt, men opplever at det blir noe negativt tilbake uansett hva hun gjør. I A's skript er det primært unngåelse av skam, mens det for E er behovet for å unngå skyldfølelse som gjør at affekt ikke uttrykkes overfor andre. For K er konsekvensene av affektuttrykk uforutsigbare ut over at de er negative, og det virker som hun er direkte redd for å formidle affekt til andre.

Den sterke kontrollen som preger alle tre er antagelig knyttet til de antatte konsekvensene av å vise affekt. Forskjellene i hvilke negative affekter som knyttes til det å skulle formidle affekt til andre kan tenkes å henge sammen med ulike typer formative erfaringer.

Selv om kontroll og avbrutt affekt preger de tre pasientenes følelsesliv sterkt bryter den også sammen fra tid til annen. A og K har episoder hvor en udifferensiert blanding av frykt, sinne og tristhet overvelder dem totalt, uten at affekten er rettet mot noe. Pasient E har ikke lignende episoder med overveldelse, men opplever å måtte kjempe mot depressiv likegyldighet, altså et fravær av affekt eller nøytralisert affekt. K oppgir også å generelt føle lite, og til sammen er E og K et godt eksempel på hvordan det å unngå opplevelsen av affektaktivering medfører tap av engasjement og opplevelse av mening.

Disse pasientene beskriver en opplevelse av kontroll med affekt, selv om de mister den noen ganger. Opplevelsen av kontroll viser at de har en grad av kontakt med sin egen affekt, selv om kontakten er konfliktfylt. De kan med andre ord integrere aktivering av affekt i sin selvopplevelse, men mest som noe truende de må holde kontroll over. Innsatsen for å opprettholde kontrollen forstyrrer samtidig oppmerksomheten for hvilke affekter som vekkes, og hvilket opplevelseshold de har.

### **3.1.2 Styrt av reaktiv affekt**

Felles for disse fire pasientene (B, G, H og I) er sterke affektive reaksjoner på visse typer situasjoner, hvor atferden deres blir affektstyrt og lite hensiktsmessig. Det de i utgangspunktet reagerer på i disse situasjonene blir så gjerne forsterket av den affektive aktiveringens virkninger. Å uttrykke affekt er mindre akutt truende for denne gruppen, selv om det kan være konfliktfylt.

Hver av de fire reagerer sterkest på ulike typer situasjoner. For B er det opplevelsen av å ikke strekke til praktisk og økonomisk. H reagerer på avvisning og frustrasjon i forholdet til nære

andre. I blir overveldet av affekt i situasjoner hvor han skal nærme seg kvinner. Den mest generelt reaktive er G, som ser ut til å ha en implisitt forventning om interpersonlig konflikt knyttet til en rekke ulike affekter.

Felles for alle fire er hvordan virkningen av affekt bidrar til å gjøre den aktuelle situasjonen mer vanskelig for dem. Når B opplever at hun ikke strekker til praktisk og økonomisk overfor barna vekker dette skyldfølelse og tristhet. Affektaktivering gjør henne stresset, rotete og ustrukturert, og dermed mindre i stand til å ordne opp i et begynnende kaos, som leder til sterkere skyldfølelse og videre til apati og sammenbrudd i hennes praktiske fungering.

Når H's uttrykk for ømhet ikke blir godtatt eller gjengjeldt vekker det et voldsomt sinne og sterk frykt, som antagelig skaper konflikt og gjør at H føler seg enda mer avvist. Når I er i en situasjon hvor han begynner å få kontakt med en kvinne opplever han aktivering av intens skam og frykt. Han mister kontrollen og begynner å oppføre seg merkelig, og skammer seg enda mer over det. G's implisitte forventning om konflikt virker å være knyttet til en rekke affekter, med aktivering av sinne og frykt både når hun er trist og når hun skammer seg, eller er sjalu. Samtidig vil antagelig hennes aggressive interpersonlige stil være årsak til konflikter med andre.

Disse pasientene har stort sett tydelige scener, om enn noe generelle, og vet vanligvis hva som vekker ulike affekter i dem selv. I situasjonene blir affektene likevel raskt for intense til at de klarer å håndtere dem, og de kommer inn i tilstander hvor de blir overveldet og affektstyrte. De forteller gjennomgående om affektenes overveldende virkninger som at *noe bare skjer med dem*. Det viser at de i situasjonene mister det refleksive forholdet til sin egen affekt. Dermed mister de også mye av muligheten til å benytte eksplisitte strategier for affektregulering. De strever med å opprettholde en differensiert oppmerksomhet for affekter, med mye indre uro, smerter og nummenhet som forstyrrer. Den uklare oppmerksomheten må også gjøre det vanskeligere å håndtere eller regulere egen affekt effektivt.

### **3.1.3 Tilbaketrekning og overveldelse**

To av pasientene, C og J, likner hverandre ved intens indre smerte og gjennomgripende skamfølelse. De fleste affektuttrykk skjules, og begge trekker seg unna andre i stor grad. De blir overveldet av smertefull skam, tristhet, skyld og frykt, og har svært negative forventninger til kontakt med andre.

Selv om tristhet og glede har ulike scener oppgir C de samme oppmerksomhetskjennetegnene for begge affektene, nemlig klump i halsen og smerter i brystet. Scenen for tristhet er å bli avvist, mens hun oppgir en hypotetisk scene om å bli holdt rundt og tatt på for glede og ømhet. Dette forstås som at det å bli tatt på for C innebærer en implisitt forventning om avvisning, og at tristhet derfor dominerer opplevelsen. For J er tristhet og skyldfølelse tett knyttet sammen, med identiske scener, hvor opplevelser av å ikke strekke til eller leve opp til forventninger fører til en overveldende devaluering av selvet og alt hun har bygget opp. J straffer seg selv for det hun har gjort galt mot andre.

Sinne skremmer begge pasientene, og virker uintegrert i begges opplevelse. J er redd for å gjøre ting hun ikke har kontroll over, mens C har episoder med overveldelse og selvdestruktiv atferd knyttet til sinne. Glede bringer for begge med seg frykt, en forventning om at noe kommer til å ødelegge gleden.

For både C og J er uttrykk for tristhet og skyld koblet til skam og frykt. J har en paranoid overbevisning om at affektuttrykk avslører svakheter andre kommer til å bruke for å såre henne. C forventer at andre vil forsøke å komme innpå henne, trøste og forklare, og be henne skjerpe seg, som er C's scene for skam. Begge har altså en forventning om at ydmykelse og smerte er konsekvensen av å formidle affekt.

For begge disse pasientene er tilhørighet det sentrale temaet. Begge er svært sensitive for og forventer avvisning og ydmykelse. Samtidig er tristheten, ømheten og skyldfølelsen som normalt skulle hjulpet dem med å gjenopprette eller styrke relasjonene så tett koblet til skam og frykt at de heller isolerer seg. De blir alene på en svært smertefull måte.

### **3.1.4 Avspaltet affekt og selvtap**

De to siste pasientene, F og D, ligner hverandre lite i presentasjon og demografiske variabler. D er en middelaldrende mann med en svært artikulert selvforståelse og F er en ung kvinne med et litt begrenset språk. De er likevel like i at de opplever å miste fornemmelsen av et sammenhengende selv eller opplevelsen av affektaktivering totalt og plutselig, og i at det er affekter de selv mener at de overhodet ikke har. Disse episodene av total mangel på affektintegrasjon ses ikke på samme måte hos noen av de andre pasientene. Begge har også svært uklar eller fraværende oppmerksomhet for flere affekter.

D benekter å oppleve sjalusi overhodet, og presenterer et abstrakt semantisk resonnement for at denne affekten ikke er en del av ham. F har ingen opplevelse av skam eller skyldfølelse, og gir uttrykk for at hun ikke tenker at noe av det hun gjør eller sier er galt. Det at enkelte affekter overhodet ikke representeres i selvpoppfatningen deres forstås som at disse affektene virkning på pasientene er totalt ukjent eller benektet for dem. Trolig er disse affektene sentralt involvert i kjerneskriftene, men det er også umulig å si noe klart om hvordan disse affektene er organisert basert på deres egne utsagn. Antagelig ville klinisk observasjon og komparentopplysninger vært nødvendig for å kunne beskrive slik organisering.

Både F og D opplever mye tristhet, men klarer ikke å knytte affekten til noe konkret scenisk innhold. F overveldes typisk uten forvarsel av sammenblandet frykt og tristhet og gråter masse, føler seg helt ødelagt og tung i kroppen, og kjenner at alt er trist og fælt. Tristheten kan så like plutselig forsvinne for henne, når noen andre kommer inn. Da tenker hun ikke mer på affekten og opplever at den er borte. D har ingen opplevelse av tristhet ut over en fortvilet sinnstilstand, fordi affekten raskt erstattes av andre affekter, særlig sinne, men også andre, som ømhet. D opplever at han først etterpå blir klar over hva han har gjort. For begge pasientene er sinne den relativt sett best integrerte av affektene.

Avstanden mellom affektive reaksjoner og eksplisitt selvforståelse er stor hos begge disse pasientene, selv om de har ulik kompleksitet i sine selvrepresentasjoner. De svinger mellom å være styrt og drevet av ulike affekter og at affekter forsvinner helt for dem. Andre ganger mister de en tydelig opplevelse av et selv. De klarer ikke å integrere affekt, kognisjon og atferd for en rekke affekter. Snarere blir disse affektene og opplevelse av et stabilt selv noe som gjensidig utelukker hverandre.

## **3.2 Tre andre fenomener**

Beskrivelsen av de fire pasientgruppene dekker mesteparten av analysens resultater. Samtidig kom det frem tre teoretisk interessante fenomener som ikke lot seg innpasse i den samme inndelingen. Disse tre fenomenene er mer avgrensede, og er tydeligere knyttet til vanlige symptomer ved BPD, som eksplosivt og uforutsigbart sinne og ustabile relasjoner.

### 3.2.1 Sinne som selvorganiserende affekt

Mange av pasientene strever med regulering av sinne. Samtidig er det tydelig at sinne for en del av disse pasientene er bedre integrert enn mange andre affekter. De mister i noen grad kontrollen over seg selv, men ser ut til å beholde en mer tydelig selvopplevelse. Sinne er for flere koblet inn på andre mindre integrerte affekter, og kan da tenkes å bidra til å opprettholde selvopplevelsen når den uintegrerte affekten blir påtrengende og forvirrende.

G's skript er sterkt preget av dette, hvor sinne griper inn i mange ulike affekter som virker lite integrert. F artikulerer langt på vei dette selv når hun sier *"Jeg kan irritere meg over alt [...] jeg er så vant til å være irritert og sur"*. Samtidig opplever hun å få mer energi av å være sint og irritert, et tydelig tegn på at denne affekten i noen grad kan integreres og virker vitaliserende for henne.

Å bruke sinne på denne måten vil ha en høy interpersonlig pris, ettersom pasientene ofte vil oppleves som urimelig sinte. Når sinne i noen tilfeller mest er en måte å beskytte seg mot desorganisering på vil bedre regulering av sinnet ikke kunne løse problemet. For disse pasientene vil det være vel så viktig å øke toleransen for oppleve seg selv i andre affektive tilstander.

### 3.2.2 Relasjonsstyrkende affekt forstyrres av sinne

I affektbevissthetsmodellen regnes en rekke affekter å ha som en funksjon å styrke eller reparere relasjoner. Ømhet er et åpenbart eksempel, men også skyld, skam og tristhet har viktige relasjonelle signalfunksjoner. For noen av pasientene blir disse funksjonene forstyrret av at sinne blander seg med affekten, særlig i det nonverbale uttrykket.

B opplever sterk skyldfølelse for å ikke klare å gi barna den standarden hun ønsker hjemme, men blir fort sint dersom noen berører hennes dårlige samvittighet. På den måten får hun ikke mulighet til å signalisere skyld og motta aksept eller konkrete krav om å rette opp noe. Når skyldfølelsen skjules av sinne kan den ikke hjelpe til med å reetablere tilknytningen til barna, og B får ikke dempet skyldfølelsen.

G viser tristhet ved å bli irritert. Der tristhet kunne signalisert sårbarhet og behov for omsorg blir ikke dette tydelig for hennes nærmeste, som antagelig trekker seg unna eller svarer på

samme måte. En lignende dynamikk finnes hos H, som skjuler uttrykk for tristhet, og som snarere uttrykker et voldsomt sinne ved avvisning.

### **3.2.3 Negative forventninger forstyrrer uttrykk**

Flertallet av pasientene har uttalt negative forventninger til å uttrykke affekt. Gjennomgående er det slik at disse pasientene skjuler eller fordreier uttrykk for flere affekter. De forventer å bli ydmyket eller angrepet dersom andre får vite om hva de føler.

D opplever at han taper ansikt, ved å bli sint, som forstås som en forventning om å oppleve skam. Han holder derfor sterk kontroll med uttrykket for sinne, men erkjenner samtidig at *”da blir det gjerne voldsomt, når det først skjer”*. A vil ikke at andre skal se hvordan hun har det, og trekker seg derfor unna i situasjoner hvor hun opplever affekt. Noen ganger går hun hjem, og trolig er det vanskelig for andre å se sammenhengen særlig tydelig.

At skam og frykt knytter seg til så mange affekter bidrar på denne måten til at andre vil ha vansker med å forutse og forstå disse pasientenes atferd. Skjulte uttrykk for affekt kan bidra til at pasientene oppleves som enda mer ustabile, fordi andre ikke ser den affektive reaksjonen før den kommer ut av kontroll eller pasienten plutselig trekker seg unna.

## 4 Diskusjon

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan en ut fra et ut fra et affektintegrasjonsperspektiv, slik det er operasjonalisert i affektbevissthetsmodellen, kan belyse den rollen affekt spiller i borderline personlighetsforstyrrelse. På et rent deskriptivt nivå er det mange likhetstrekk mellom kjerneskriptenes innhold og den beskrivelsen av affekt hos pasienter med BPD som foreligger i eksisterende litteratur (e.g. Koenigsberg, et al., 2002; Reisch, et al., 2008). Skriptene er preget av intense reaksjoner som gjerne involverer flere spesifikke affekter. Skam, frykt, sinne og fortvilelse opptrer ofte og vekslende. De sceniske beskrivelsene er ofte svært generelle, noe som dels kan reflektere at svært mange ulike situasjoner fører til sterk affektaktivering, men i noen tilfeller også at pasientene har lite klar bevissthet om hva de reagerer på i situasjonen. For flertallet av pasientene i denne studien er oppmerksomhetsaspektet av affektintegrasjon uklart. Oppmerksomheten innebærer ofte atferdsbeskrivelser mer enn tydelige mentale og kroppslige kjennetegn ved affekten. Oppmerksomheten er ofte også forstyrret av koblinger til andre affekter, særlig frykt, sinne og skam. Dette forstås som utslag av affektorganisering hvor selve aktiveringen av affekt er knyttet til implisitte antagelser om fare, konflikt eller ydmykelse. Problemer med å differensiere mellom ulike affektoplevelser kan dermed henge sammen med slike skriptstrukturer med mange gjensidige koblinger mellom ulike affekter.

### 4.1 Ustabil selvopplevelse og sensitivitet for eksklusjon

Det er ellers særlig to overordnede temaer som kommer til uttrykk i resultatene, og som illustrerer hvordan affektbevissthetsmodellen kan belyse borderline personlighetsforstyrrelse. Det ene er hvordan affekter som signaliserer sosial eksklusjon spiller en sentral rolle i alle kjerneskriptene. Det andre er hvordan pasientene har forskjellige problemer med å opprettholde en stabil fornemmelse av et sammenhengende selv eller en klar ”jeg”-fornemmelse i forbindelse med aktivering av affekt.

Frykt for å bli forlatt er et diagnostisk kjennetegn ved BPD, og å ikke tåle å være alene har i seg selv blitt foreslått som en samlende forklaring på tilstanden (Gunderson & Links, 2008). Skam, skyld og sjalusi kan ses som beslektede affekter knyttet til individets sosiale tilhørighet, som er et sentralt behov for pattedyr (Baumeister & Leary, 1995; Panksepp,



2005b). Disse affektene aktiveres i utgangspunktet ved ulike trusler mot tilhørighet i grupper og tilknytning til individer.

Skam antas i affektbevissthetsmodellen å være knyttet til tap av sosial status eller å fremtre som utilstrekkelig, og motiverer for å minimere videre sosial risiko. Skyld antas å være mer spesifikt knyttet til lojalitet og at tilknytning til viktige andre er truet, og motiverer mer for reparerende atferd. Skyldfølelse tillegges ofte mer moralske og samfunnsmessige aspekter enn skam (e. g. Kugler & Jones, 1992). Disse antas her å være utslag av vanlige skript, dannet gjennom at tilknytningspersoners misbilligelse i vår kultur er sentralt i å formidle normer til barn. Sjalousi og misunnelse antas å bli aktivert ved sosial eksklusjon (gitt at individet ønsker å være inkludert) eller at andre har fordeler eller egenskaper en selv ønsker å ha eller oppnå (K. Monsen & Monsen, 2003; se også Baumeister, Stillwell, & Heatherton, 1994).

#### **4.1.1 Eksklusjons-affektens rolle**

De fleste pasientene i denne studien opplever mye skam og skyld, og noen også sjalousi. For flere er dette særlig knyttet til å skulle uttrykke affekt, men disse eksklusjons-affektene er også ellers bredt involvert i kjerneskript. Dette forstås som at affektorganiseringen bidrar til en form for beredskap som gjør at svært mange situasjoner implisitt oppleves som akutte trusler mot tilknytning og tilhørighet, og at å uttrykke affekt for mange oppleves å utgjøre en særlig sterk slik trussel.

Det er vist at pasienter med BPD generelt har en overhyppighet av tidlige tap av omsorgspersoner, verbal og emosjonell mishandling, og distanserte eller konfliktfylte relasjoner til foreldre (Zanarini & Frankenburg, 2007). Selv om det ikke er kjent i hvilken grad pasientene i denne studien har den samme typen erfaringer er det ingen grunn til å tro at de er svært annerledes enn andre pasienter med BPD. Dette er erfaringer av at tilknytning og tilhørighet er ustabile og uforutsigbare fenomener. Nettopp det lite forutsigbare vil være sentralt i utviklingen av en sterk sensitivitet og frykt for eksklusjon. Det er særlig når avvisning og ydmykelse opptrer hyppig, men allikevel uforutsigbart at det er sentralt å fokusere oppmerksomheten på stimuli som kan varsle om det. Slik kan en forsøke å ta kontroll over situasjonen og på den måten unngå opplevelse av ydmykende former for eksklusjon. Et tydelig eksempel på dette er hvordan pasient J blir redd når hun har ytret glede, og forklarer at hun blir ”ukonsentrert, for det er så mange ting jeg må følge med på på en gang.” En ville altså forvente at den største sensitiviteten for skam, skyld og frykt ikke opptrer

hos de pasientene som helt og holdent har blitt avvist, men hos de som har hatt uforutsigbare og impulsive foreldre. Effekten av slike formative erfaringer på borderlinepatologi tenkes å være mediert av eksklusjons-og tapsaffektenes organisering. Pasientene antas da å ha erfaringer som har dannet skript hvor skam, skyld og misunnelse aktiveres lett og av et bredt spekter av situasjoner. Pasient C er et klart eksempel, hvor den sceniske beskrivelsen for skam er så generell som ”Når folk prøver å komme inn på meg”. Et annet eksempel er pasient G, som ”føler det i veldig mange sammenhenger at andre er bedre enn meg”, og hvor denne følelsen av å ikke strekke til opptrer sammen med et mønster av interpersonlig aggressivitet.

At pasienter med BPD ofte har sterke negative reaksjoner på opplevelser av å bli avvist eller forlatt er velkjent i litteraturen (e. g. Gunderson & Links, 2008). Spesifikke studier av skam hos pasienter med BPD kan også støtte en slik forståelse (Gratz, et al., 2010; Rüsch, et al., 2007). Ettersom eksklusjons-affekter synes å være delvis mediert av den affektive siden av smertesystemet (MacDonald & Leary, 2005; Panksepp, 2005b) kan dette også være med på å forklare den intense psykiske smerten som kjennetegner pasienter med BPD (Conklin, et al., 2006; Zanarini, Frankenburg, DeLuca, et al., 1998). Intens psykisk smerte ses også hos pasientene i denne studien, for eksempel hos pasient H, som beskriver det å få ømhet avvist som ”så krenkende og så forferdelig vondt”, eller hos pasient D som bare kan forestille seg å oppleve skyld og skam som noe ”forferdelig, et bunnløst mørke”. Denne mulige sammenhengen kan videre reflekteres i at neuropeptider, særlig endogene opioider, både ser ut til å være involvert i BPD og i eksklusjons-affektene (MacDonald & Leary, 2005; Stanley & Siever, 2010). Det har vært argumentert for at neuropeptid-systemet kan være relevant for å forstå flere trekk ved BPD, som selvskading, promiskuøs atferd og forekomsten av komorbid opiatmisbruk (Stanley & Siever, 2010). Det kan også tenkes å representere den nevrobiologiske siden av eksklusjons-affektenes medierende rolle.

#### **4.1.2 Konsekvenser for organisering av opplevelse**

Toleransen for affekt hos pasientene i denne studien er preget av at affektaktivering enten blir dominerende og atferdsdrivende eller holdes unna pasientens opplevelse, med indre uro og ubehagelig spenning som resultat. Begge deler innebærer at affektaktivering ikke blir eksplisitt representert og mulig å bearbeide refleksivt, som et indre signal om betydningen av aktuelle opplevelser (Solbakken, et al., Under trykking). I begge tilfeller vil det si at affektaktivering desorganiserer eller truer med å desorganisere pasientenes opplevelse av å ha

et sammenhengende selv. Pasient B forteller for eksempel at ”så tar apatien over [...] et vanvittig kaos [...] jeg bare lar ting suse og gå”. Pasient D uttrykker det også svært tydelig når han forklarer ”Jeg blir klar over det etterpå, liksom, hva jeg har gjort”.

Pasientene i denne studien har trolig utviklingshistorier hvor affektaktivering ikke har blitt møtt med tilstrekkelig støtte til å organisere en tydelig og tålelig opplevelse (Beebe & Lachmann, 2002). Både i mentaliseringsbasert terapi for BPD og dialektisk atferdsterapi legges det vekt på hvordan henholdsvis forstyrret tilknytning eller et ikke-validerende miljø fører til at personen som senere utvikler BPD ikke får tilstrekkelig støtte til å gjøre egne affektive tilstander forståelige og tålelige (Bateman & Fonagy, 2010; Crowell, et al., 2009). I affektbevissthetsmodellen legges det også stor vekt på hvordan interaksjon med viktige andre er sentrale for at affekt, kognisjon og atferd kan organiseres i en sammenhengende opplevelse av et selv (J. T. Monsen & Monsen, 1999; Stolorow, et al., 1995). Trolig har disse pasientene også hatt en sårbarhet i form av et temperament som innebærer sterkere affektive reaksjoner, særlig negative (Gratz, et al., 2009; Kendler, et al., 2008). En disposisjon for intense affektive reaksjoner må medføre et ekstra stort behov for støtte til å organisere opplevelser som involverer affektaktivering.

Samtidig er det for flere slik at uttrykk for affekt hindres av skam og skyld. Dette har en parallell i Linehans biososiale modell, hvor det legges det vekt på at BPD oppstår i samspillet mellom et emosjonelt labilt temperament og et ikke-validerende miljø. Dette er et oppvekstmiljø hvor omsorgspersoner ikke anerkjenner affekter som reelle, og heller ydmyker, krever kontroll over uttrykk eller benekter barnets opplevelse (Crowell, et al., 2009). Slike ikke-validerende oppvekstmiljøer må antas å føre til nettopp den typen affektorganisering hvor skam eller skyld er knyttet til uttrykk for affekt, slik at affektuttrykk skjules etter beste evne.

Konsekvensen av skjulte eller fordreide affektuttrykk blir samtidig at pasientens affektive tilstand ikke oppfattes korrekt av andre, og dermed hyppige tilfeller hvor pasienten ikke opplever å bli forstått. Pasient A uttrykker denne opplevelsen presist når hun sier ”kanskje ikke jeg klarer å uttrykke meg sånn som jeg vil...sånn at folk forstår”. For pasient C oppleves det som håpløst å uttrykke affekt: ”har prøvd det [...] folk skjønner ikke følelsen og sier jeg må skjerpe meg”. Når uttrykk for affekt skjules reduseres altså muligheten for at andre kan respondere på en måte som gir mening og struktur til pasientens indre tilstand, fordi ytre

indikasjoner på denne tilstanden tilbakeholdes eller fordreies. At affektuttrykk er knyttet til eksklusjonsaffekt bidrar dermed til å opprettholde problemer med å tåle affekt.

#### **4.1.3 Sinne som et unntak**

For noen pasienter (D, F og G er gode eksempler) synes sinne å være bedre integrert enn annen affekt. De har en tydeligere opplevelse av sinne enn av andre affekter, opplever selv å være mer vitale når de er sinte, og kan i større grad uttrykke det på en tydelig måte. Det er nærliggende å spekulere om denne bestemte affekten på et vis kan ha blitt speilet og møtt i større grad enn andre, om enn i form av interpersonlig konflikt. Konflikt med begge foreldre er hyppig forekommende hos pasienter med BPD (Zanarini & Frankenburg, 2007), og å krangle med foreldrene kan tenkes å ha vært blant de mest gjensidige og forutsigbare formene for samspill for noen pasienter. Selv om slik konflikt med omsorgspersoner også kan ha vært skremmende og ubehagelig, kan det for noen likevel ha vært den hyppigste formen for intersubjektiv kontakt og gjensidig påvirkning, og dermed ha blitt situasjonene som har gitt pasientene den klareste fornemmelsen av å være seg selv som avgrenset individ (Stolorow, et al., 1995). At aktivering av sinne i seg selv kan gi en opplevelse av autonomi og styrke kan også spille inn (Tangney, Wagner, Hill-Barlow, Marschall, & Gramzow, 1996). Den typen utvikling kunne forklare affektorganisering hvor sinne skiller seg ut med større grad av typisk integrasjon, og videre hvordan å reagere med sinne, også der affekten kan sies å være dysregulert, kan være en form for håndtering av affektaktivering som truer med å desorganisere pasientens fornemmelse av å være seg selv. Det ville ha vært interessant å se om de pasientene som ikke har sinne organisert på denne måten kanskje også har en bakgrunn hvor deres sinte ytringer i større grad blitt møtt med ydmykelse og latterliggjøring, eventuelt å bli oversett og avvist.

#### **4.1.4 Konsekvenser for interpersonlig kommunikasjon**

Når sinne blir uttrykt fremfor annen affekt går den interpersonlige signalfunksjonen til affektene tapt. Det at relasjonsstyrkende affekt ikke blir uttrykt på en måte som er forståelig for andre må bidra til interpersonlige problemer, og enda mer der uttrykket blir preget av sinne, som for eksempel hos pasient G. Problemer med å gjenkjenne, tåle og uttrykke affekt, og kanskje særlig skyld, tristhet og ømhet kan bidra til at små interpersonlige problemer eskalerer til konflikter. For å virke troverdig krever en unnskyldning kan hende en svak

aktivering av skam, skyld eller tristhet, som kommer til uttrykk og oppfattes uten at det nødvendigvis er fullt ut bevisst for noen av partene. En slik sammenheng mellom aktivering av affekt og subtile forskjeller i uttrykks troverdighet er vist å gjelde for glede og smil (Ekman & Friesen, 1982), og det er nærliggende å tro det også gjelder andre affekter. Unnskyldninger kan også formidles nonverbalt og delvis automatisert som en del av det å opprettholde intersubjektiv kontakt (Stern, 2004). Det er kjent at svingninger i affekt hos pasienter med BPD ofte er knyttet til interpersonlige stressorer (Nica & Links, 2009). Når små misforståelser og ubehag i samspillet oftere eskalerer til konflikter vil dette trolig også være knyttet til kjerneskript som lett aktiveres. Samtidig vil problemer med å tåle og uttrykke affekter som er sentrale i reparerende interpersonlige prosesser kunne bidra til at den andre partens negative reaksjoner forsterkes, og en kan komme inn i en negativ spiral av interpersonlig konflikt. Det er for eksempel en kjent klinisk observasjon at mange behandlere strever med å ikke gå inn i negative samspill med pasienter med BPD (e. g. Gunderson & Links, 2008; Lynch, et al., 2006).

## 4.2 Konklusjon

Det er likhetstrekk mellom de betraktningene som er presentert her om BPD og den måten lidelsen er konseptualisert både i dialektisk atferdsterapi og mentaliseringsbasert terapi. At perspektivene konvergerer på denne måten er i utgangspunktet positivt, og peker mot at de alle fanger inn noe vesentlig ved fenomenet. Samtidig reiser det et betimelig spørsmål om nytten av enda et teoretisk perspektiv på en tilstand som på ingen måte mangler foreslåtte forklaringer og modeller (jfr. side 4). Det egenartede i perspektivet som er lagt til grunn her er først og fremst en teori om differensiell affekt og konstruert affektintegrasjon, selv om det sistnevnte i noen grad overlapper med mentaliseringsbegrepet (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Solbakken, et al., Under trykking).

Ut over de betraktningene som allerede er drøftet bidrar affektintegrasjonsbegrepet særlig til å nyansere bildet av BPD som en forstyrrelse av affektregulering. For en del av pasientene er tap av kontroll over atferd og affektaktivering et betydelig problem. Samtidig virker det ikke som bedre kontroll er noen tilstrekkelig løsning for de pasientene som får det til. Å holde kontroll med uttrykk og opplevelse har blitt betegnet som responsmodulering (Gross & Thompson, 2007), og fremtrer som den dominerende form for regulering av affekt hos disse pasientene. Det kan tenkes at dette reflekterer at intervjuet spør om affekt som allerede er

aktivert, men det kan også forstås som at lite gjenkjenning og anerkjennelse av affektaktivering gjør det vanskelig å utøve noen annen form for affektregulering enn modulering av respons eller unngåelse av situasjoner (Izard, et al., 2011; Solbakken, et al., Under trykking). Et slikt smalt og rigid repertoar av reguleringsstrategier gjør også at svikt i regulering ikke blir gradvis, men mer preget av sammenbrudd og utagering, som for eksempel hos pasientene A og K. Regulering uten integrasjon gjør altså at pasientene noen ganger lykkes i å hindre den for dem desorganiserende virkningen av affektaktivering, men de mister samtidig vitalitet, motivasjon og viktige ressurser for interpersonlig kommunikasjon. Affektintegrasjonsbegrepet setter fenomenene som dekkes av reguleringsbegrepet inn i en bredere sammenheng av interpersonlig kommunikasjon, motivasjon og opplevelse av et sammenhengende selv, og har en klar teoretisk spesifisering av slike sammenhenger (Solbakken, et al., Under trykking).

Affektintegrasjonsbegrepet er tett knyttet til et differensielt perspektiv på affekt. Dette perspektivet er radikalt annerledes enn en konstruktivistisk modell hvor affekt antas å oppstå gjennom samspillet mellom situasjonsvurdering og generell fysiologisk aktivering (Panksepp, 2007). Det er en betydelig forskjell i hvordan en opplevelse av negativ affektaktivering vil forstås gjennom disse to perspektivene, forskjeller som også vil ha klinisk betydning. I et konstruktivistisk perspektiv vil klinisk fokus være på situasjonsvurderingen som fører til negativ affekt, og hvordan liknende situasjoner kan forstås annerledes. Endret vurdering av situasjoner forventes å føre til endrede affektive reaksjoner.

I et differensielt affektperspektiv vil fokus være på å avklare og skille fra hverandre hvilke spesifikke affekter som er involvert i den globale og uklare opplevelsen av negativ affekt, og hvilke som er sentrale, ut fra spesifikke kjennetegn i opplevelsen. De ulike affektene antas å ha et noenlunde fast implisitt meningsinnhold og virker spesifikt motiverende. Å identifisere hvilke affekter som sannsynligvis var aktivert danner derfor grunnlag for at den implisitte meningen situasjonen hadde for pasienten kan bli gjort mer eksplisitt og innarbeidet i pasientens opplevelse. Dette er en fasilitering av affektintegrasjon. Det kan videre tillate utforsking av hvorfor situasjonen fikk denne betydningen, altså at forståelsen av en enkelthendelses implisitte meningsinnhold gis en kontekst ut fra selvbiografisk hukommelse, og eventuelt bidrar til reorganisering av forestillinger om selvet og viktige andre (J. T. Monsen & Monsen, 1999; J. T. Monsen, et al., 1995).

Å ta utgangspunkt i distinkte affekter på denne måten skiller dette perspektivet fra andre tilnærminger til BPD, selv om det også finnes andre generelle terapimodeller som vektlegger differensiering mellom ulike grunnleggende følelser og det å få kontakt med underliggende affekt (e. g. Greenberg, Rice, & Elliott, 1996). Å bruke opplevelseskvaliteter for å identifisere implisitt mening kan være nødvendig i arbeid med pasienter med personlighetsforstyrrelser, fordi pasienter med denne typen problematikk ofte har vansker med å artikulere de situasjonsvurderingene som aktiverer negativ affekt (Young & Klosko, 2005). I affektbevissthetsmodellens perspektiv vil dette være fordi disse situasjonsvurderingene primært er affektive og ikke integrert, og dermed ikke tilgjengelige for refleksjon, semantisk representasjon som inkluderer en tydelig selvopplevelse og derved heller ikke endring (J. T. Monsen & Monsen, 1999).

Et differensielt perspektiv er også viktig for å kunne knytte sammen opplevels- og atferdsaspektene av affekt med nevrobiologiske forhold (Panksepp, 2007). Forskning på BPD ut fra teorier om differensielle affekter kan dermed også ha betydning for utvikling av mer effektive og spesifikke farmakologiske intervensjoner enn det som er tilgjengelig i dag (Gunderson & Links, 2008; Stanley & Siever, 2010).

#### **4.2.1 Begrensninger**

Denne studien har klare begrensninger. Analysen er tett knyttet til affektbevissthetsmodellen, og resultatene har ikke blitt sammenholdt med ytre kriterier for å evaluere validitet. Utvalget av pasienter er begrenset. Den må i så måte leses som en eksplorerende studie, som først og fremst sier noe om hva et affektintegrasjonsperspektiv kan bidra med i forståelsen av BPD, og hva som kan være fruktbare retninger for videre forskning. Det er også rimelig å spørre seg om pasientene har tilstrekkelig innsikt i sine egne reaksjoner og typisk atferd til at kjerneskrift basert på deres egen rapportering reflekterer hvordan de fungerer i praksis. Lite innsikt i egen atferd er et generelt kjennetegn ved personlighetsforstyrrelser (Skodol, 2005). Selvrappport om affekt hos pasienter med BPD har også spesifikt blitt problematisert (Rosenthal, et al., 2008). Det kan selvfølgelig ikke utelukkes at naturalistisk observasjon ville ha gitt beskrivelser som avviker så mye fra pasientenes egne at det ville ha ført til andre resultater dersom de var en del av observasjonsgrunnlaget. Samtidig er det også slik at mange av de mest interessante fenomenene i materialet uansett ikke er tilgjengelige på noen annen måte enn via selvrappport. Det er først og fremst gjennom konvergens mellom funn fra

opplevelsesnær metodologi som dette og fra andre metodologiske tilnærminger at gode modeller for tilstander som BPD kan utvikles.

Med forbehold om disse begrensningene, og de som tidligere er drøftet, gir denne studien et bilde av borderline personlighetsforstyrrelse som i hovedtrekk stemmer overens med den eksisterende litteraturen, men som samtidig løfter frem enkelte områder hvor affektbevissthetsmodellen kan binde sammen ulike observasjoner på nye måter.



# Litteratur

- Akiskal, H. S. (2004). Demystifying borderline personality: Critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(6), 401-407. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00461.x
- Alnæs, R., & Torgersen, S. (1988). DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(3), 348-355. doi: 10.1111/j.1600-0447.1988.tb06346.x
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed., Text Revision). Washington, DC: Forfatteren.
- American Psychiatric Association. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1-52. doi: 10.1176/appi.books.9780890423363.54853
- Arntz, A., Appels, C., & Sieswerda, S. (2000). Hypervigilance in borderline disorder: A test with the emotional stroop paradigm. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 366-373. Hentet fra [www.guilford.com/pr/jnpd.htm](http://www.guilford.com/pr/jnpd.htm)
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization-based treatment and borderline personality disorder. I J. F. Clarkin, P. Fonagy & G. O. Gabbard (Red.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook* (ss. 187-208). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497. doi: 10.1037/0033-2909.117.3.497
- Baumeister, R. F., Stillwell, A. M., & Heatherton, T. F. (1994). Guilt: An interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, 115(2), 243-267. doi: 10.1037/0033-2909.115.2.243
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant Research and Adult Development: Co-constructing Interactions*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Bierer, L., Yehuda, R., Schmeidler, J., Mitropoulou, V., New, A., Silverman, J., et al. (2003). Abuse and neglect in childhood: Relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectrums*, 8(10), 737-740, 749-754. Hentet fra <http://www.cnsspectrums.com>
- Bloch, L., Moran, E., & Kring, A. M. (2010). On the need for conceptual and definitional clarity in emotion regulation research on psychopathology. I A. M. Kring & D. M.

- Sloan (Red.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (ss. 88–104). New York: The Guilford Press.
- Bradley, R., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: Gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 1006-1019. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00401.x
- Brown, M. Z., Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A., & Chapman, A. L. (2009). Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: A multi-modal analysis. *Behaviour research and therapy*, 47(10), 815-822. doi: 10.1016/j.brat.2009.06.008
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Brunner, R., Henze, R., Parzer, P., Kramer, J., Feigl, N., Lutz, K., et al. (2010). Reduced prefrontal and orbitofrontal gray matter in female adolescents with borderline personality disorder: Is it disorder specific? *NeuroImage*, 49(1), 114-120. doi: 10.1016/j.neuroimage.2009.07.070
- Carlson, R. (1981). Studies in script theory: I. Adult analogs of a childhood nuclear scene. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(3), 501-510. doi: 10.1037/0022-3514.40.3.501
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07081360
- Clarkin, J. F., Lenzenweger, M., Yeomans, F., Levy, K., & Kernberg, O. (2007). An object relations model of borderline pathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 474-499. doi: 10.1521/pedi.2007.21.5.474
- Clarkin, J. F., & Posner, M. (2005). Defining the mechanisms of borderline personality disorder. *Psychopathology*, 38(2), 56-63. doi: 10.1159/000084812
- Cole, P. M., Llera, S. J., & Pemberton, C. K. (2009). Emotional instability, poor emotional awareness, and the development of borderline personality. *Development and psychopathology*, 21(04), 1293-1310. doi: 10.1017/S0954579409990162
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75(2), 317-333. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x

- Conklin, C. Z., Bradley, R., & Westen, D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 69-77. doi: 10.1097/01.nmd.0000198138.41709.4f
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), 261-288. doi: 10.1037/0033-295X.107.2.261
- Crowe, M. (2004). Never good enough – part 1: Shame or borderline personality disorder? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(3), 327-334. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00732.x
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510. doi: 10.1037/a0015616
- Demorest, A. P., & Alexander, I. E. (1992). Affective scripts as organizers of personal experience. *Journal of Personality*, 60(3), 645-663. doi: 10.1111/j.1467-6494.1992.tb00924.x
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring, and procedures manual*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Domes, G., Czeschnek, D., Weidler, F., Berger, C., Fast, K., & Herpertz, S. C. (2008). Recognition of facial affect in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(2), 135-147. doi: 10.1521/pedi.2008.22.2.135
- Domes, G., Schulze, L., & Herpertz, S. C. (2009). Emotion recognition in borderline personality disorder - A review of the literature. *Journal of Personality Disorders*, 23(1), 6-19. doi: 10.1521/pedi.2009.23.1.6
- Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., Skudlarski, P., et al. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: Implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, 54(11), 1284-1293. doi: 10.1016/S0006-3223(03)00636-X
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-Related Regulation: Sharpening the Definition. *Child Development*, 75(2), 334-339. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00674.x
- Ekman, P. (1992). Are there basic emotions? *Psychological Review*, 99(3), 550-553. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/journals/rev/>

- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1982). Felt, false, and miserable smiles. *Journal of Nonverbal Behavior*, 6(4), 238-252. doi: 10.1007/bf00987191
- Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (1994). Emotional awareness training: A prerequisite to effective cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1(1), 71-91. doi: 10.1016/s1077-7229(05)80087-2
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1994). Structured clinical interview for Axis I DSM-IV disorders: Biometric Department, New York State Psychiatric Institute, 722 West 168th street, New York, New York, 10032.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. (1994). Structured clinical interview for the DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II). (Version 2.0): Biometric Department, New York State Psychiatric Institute, 722 West 168th street, New York, New York, 10032.
- Fossati, A., Madeddu, F., & Maffei, C. (1999). Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: A meta-analytic study. *Journal of Personality Disorders*, 13(3), 268-280. Hentet fra [www.guilford.com/pr/jnpd.htm](http://www.guilford.com/pr/jnpd.htm)
- Fridhandler, B. M. (1986). Conceptual note on state, trait, and the state-trait distinction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(1), 169-174. doi: 10.1037/0022-3514.50.1.169
- Frosh, S., & Young, L. S. (2008). Psychoanalytic approaches to qualitative psychology. I C. Willig & W. S. Rogers (Red.), *The Sage handbook of qualitative research in psychology* (ss. 109-126). Los Angeles: Sage.
- Golier, J., Yehuda, R., Bierer, L., Mitropoulou, V., New, A., Schmeidler, J., et al. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2018-2024. Hentet fra <http://ajp.psychiatryonline.org>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., et al. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533-545.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. doi: 10.1023/b:joba.0000007455.08539.94

- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2010). An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: The role of shame. *Comprehensive Psychiatry*, 51(3), 275-285. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.08.005
- Gratz, K. L., Tull, M. T., Reynolds, E. K., Bagge, C. L., Latzman, R. D., Daughters, S. B., et al. (2009). Extending extant models of the pathogenesis of borderline personality disorder to childhood borderline personality symptoms: The roles of affective dysfunction, disinhibition, and self- and emotion-regulation deficits. *Development and psychopathology*, 21(Special Issue 04), 1263-1291. doi: 10.1017/S0954579409990150
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1996). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: The Guilford Press.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. I J. J. Gross (Red.), *Handbook of emotion regulation* (ss. 3-24). New York: The Guilford Press.
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: Ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530-539. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08121825
- Gunderson, J. G., & Links, P. S. (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publ.
- Gunderson, J. G., & Ridolfi, M. E. (2001). Borderline personality disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932(1), 61-77. doi: 10.1111/j.1749-6632.2001.tb05798.x
- Gunderson, J. G., & Singer, M. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 132(1), 1-10. Hentet fra <http://ajp.psychiatryonline.org>
- Havik, O. E., Monsen, J. T., Høglend, P., Lippe, A., von der, Lyngstad, G., Stiles, T., et al. (1995). *Norwegian multi-center study of process and outcome in psychotherapy (NM-SPOP) (Research protocol)*. Available from Odd E. Havik, Department of Clinical Psychology, University of Bergen, Christiesgt. 12, 5015 Bergen, Norway.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. Hentet fra <http://www.apa.org/pubs/journals/ccp/>
- Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490-495. Hentet fra <http://ajp.psychiatryonline.org>

- Herman, J. L., & van der Kolk, B. A. (1987). Traumatic antecedents of borderline personality disorder. I B. A. van der Kolk (Red.), *Psychological trauma* (ss. 111-126). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Hugdahl, K., & Stormark, K. M. (2003). Emotional modulation of selective attention: Behavioral and psychophysiological measures. I R. J. Davidson, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith (Red.), *Handbook of affective sciences* (ss. 276-291). New York: Oxford University Press.
- Izard, C. E. (1992). Basic emotions, relations among emotions, and emotion-cognition relations. *Psychological Review*, 99(3), 561-565. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/journals/rev/>
- Izard, C. E. (2009). Emotion theory and research: Highlights, unanswered questions, and emerging issues. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 1-25. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163539
- Izard, C. E., Stark, K., Trentacosta, C., & Schultz, D. (2008). Beyond emotion regulation: Emotion utilization and adaptive functioning. *Child development perspectives*, 2(3), 156-163. doi: 10.1111/j.1750-8606.2008.00058.x
- Izard, C. E., Woodburn, E. M., Finlon, K. J., Krauthamer-Ewing, E. S., Grossman, S. R., & Seidenfeld, A. (2011). Emotion knowledge, emotion utilization, and emotion regulation. *Emotion Review*, 3(1), 44-52. doi: 10.1177/1754073910380972
- Jacob, G. A., Hellstern, K., Ower, N., Pillmann, M., Scheel, C. N., Rüscher, N., et al. (2009). Emotional reactions to standardized stimuli in women with borderline personality disorder: Stronger negative affect, but no differences in reactivity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(11), 808-815. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181bea44d
- Johnson, D. M., Shea, M. T., Yen, S., Battle, C. L., Zlotnik, C., Sanislow, C. A., et al. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 284-292. doi: 10.1016/S0010-440X(03)00090-7
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458. doi: 10.1002/jclp.20240
- Keltner, D., Ekman, P., Gonzaga, G. C., & Beer, J. (2003). Facial expressions of emotion. In R. J. Davidson, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith (Red.), *Handbook of affective sciences* (ss. 415-432). New York: Oxford University Press.

- Kendler, K. S., Aggen, S. H., Czajkowski, N., Røysamb, E., Tambs, K., Torgersen, S., et al. (2008). The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: A multivariate twin study. *Arch Gen Psychiatry*, 65(12), 1438-1446. doi: 10.1001/archpsyc.65.12.1438
- Koenigsberg, H., Harvey, P., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A., Goodman, M., et al. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 784-788. Hentet fra <http://ajp.psychiatryonline.org>
- Kugler, K., & Jones, W. H. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(2), 318-327. doi: 10.1037/0022-3514.62.2.318
- Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2009). Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: Physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 531-544. doi: 10.1037/a0016392
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Langdridge, D. (2007). *Phenomenological psychology: Theory, research and method*. Harlow: Prentice-Hall.
- Laverty, S. M. (2003). Hermeneutic phenomenology and phenomenology: A comparison of historical and methodological considerations. *International Journal of Qualitative Methods*, 9(3), 21-35. Hentet fra <http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM>
- Lech, B., Andersson, G., & Holmqvist, R. (2008). Consciousness about own and others' affects: A study of the validity of a revised version of the Affect Consciousness Interview. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(6), 515-521. doi: 10.1111/j.1467-9450.2008.00666.x
- LeDoux, J. (1998). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Touchstone books.
- Leible, T. L., & Snell, W. E. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37(2), 393-404. doi: 10.1016/j.paid.2003.09.011
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84. doi: 10.1016/s0140-6736(10)61422-5

- Leihener, F., Wagner, A., Haaf, B., Schmidt, C., Lieb, K., Stieglitz, R., et al. (2003). Subtype differentiation of patients with borderline personality disorder using a circumplex model of interpersonal behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(4).
- Levenson, R. W. (2003). Autonomic specificity and emotion. I R. J. Davidson, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith (Red.), *Handbook of affective sciences* (ss. 212-224). New York: Oxford University Press.
- Levine, D., Marziali, E., & Hood, J. (1997). Emotion processing in borderline personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(4), 240-246. Hentet fra <http://journals.lww.com/jonmd/pages/default.aspx>
- Limberg, A., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Hamm, A. O. (2011). Emotional vulnerability in borderline personality disorder is cue specific and modulated by traumatization. *Biological Psychiatry*, 69(6), 574-582. doi: 10.1016/j.biopsych.2010.10.024
- Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. I J. J. Gross (Red.), *Handbook of emotion regulation* (ss. 591-605). New York: Guilford Press.
- Links, P. S., Eynan, R., Heisel, M. J., Barr, A., Korzekwa, M., McMain, S., et al. (2007). Affective instability and suicidal ideation and behavior in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21(1), 72-86. doi: 10.1521/pedi.2007.21.1.72
- Links, P. S., Heslegrave, R., & Van Reekum, R. (1999). Impulsivity: Core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 13(1), 1-9. Hentet fra [www.guilford.com/pr/jnpd.htm](http://www.guilford.com/pr/jnpd.htm)
- Lis, E., Greenfield, B., Henry, M., Guilé, J. M., & Dougherty, G. (2007). Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: A review. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 32(3), 162-173. Hentet fra <http://www.cma.ca/publications/jpn>
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459-480. doi: 10.1002/jclp.20243
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 181-205. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229



- Lynum, L. I., Wilberg, T., & Karterud, S. (2008). Self-esteem in patients with borderline and avoidant personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(5), 469-477. doi: 10.1111/j.1467-9450.2008.00655.x
- MacDonald, G., & Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131(2), 202-223. doi: 10.1037/0033-2909.131.2.202
- MacKinnon, D., & Pies, R. (2006). Affective instability as rapid cycling: Theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disorders*, 8(1), 1-14. doi: 10.1111/j.1399-5618.2006.00283.x
- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The Dynamic Self-Concept: A Social Psychological Perspective. *Annual Review of Psychology*, 38(1), 299-337. doi: 10.1146/annurev.ps.38.020187.001503
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Ralevski, E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., et al. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Toward a hybrid model of axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 883-889. doi: 10.1176/appi.ajp.162.5.883
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis* (2. utg.). Thousand Oaks: Sage.
- Minzenberg, M. J., Fan, J., New, A. S., Tang, C. Y., & Siever, L. J. (2007). Fronto-limbic dysfunction in response to facial emotion in borderline personality disorder: An event-related fMRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 155(3), 231-243. doi: 10.1016/j.psychresns.2007.03.006
- Modestin, J., Furrer, R., & Malti, T. (2004). Study on alexithymia in adult non-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(6), 707-709. doi: 10.1016/s0022-3999(03)00125-9
- Monsen, J. T. (1998, Juni). *Identification of a nuclear script based on the affect consciousness interview*. Paper presented at the Annual international meeting of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Snowbird, USA.
- Monsen, J. T., & Monsen, K. (1999). Affects and affect consciousness: A psychotherapy model integrating Silvan Tomkins's affect and script theory within the framework of self psychology. I A. Goldberg (Red.), *Progress in Self Psychology* (Vol. 15, ss. 287-305). Hillsdale, NJ, London: The Analytic Press.

- Monsen, J. T., Monsen, K., Solbakken, O. A., & Hansen, R. S. (2008). *The Affect Consciousness Interview (ACI) and the Affect Consciousness Scales (ACS): Instructions for the interview and rating*. Available from the Department of Psychology, University of Oslo.
- Monsen, J. T., Odland, T., Faugli, A., Daae, E., & Eilertsen, D. E. (1995). Personality disorders: Changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychotherapy Research*, 5(1), 33 - 48. doi: 10.1080/10503309512331331126
- Monsen, K., & Monsen, J. T. (2003). *Om følelsenes fenomenologi: Aktivisering, opplevelse og adaptiv funksjon*. Unpublished manuscript. Department of Psychology, UiO.
- New, A., Triebwasser, J., & Charney, D. (2008). The case for shifting borderline personality disorder to axis I. *Biological Psychiatry*, 64(8), 653-659. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.04.020
- Nica, E., & Links, P. (2009). Affective instability in borderline personality disorder: Experience sampling findings. *Current Psychiatry Reports*, 11(1), 74-81. doi: 10.1007/s11920-009-0012-2
- Oatley, K., & Jenkins, J. M. (1992). Human emotions: Function and dysfunction. *Annual Review of Psychology*, 43(1), 55-85. doi: 10.1146/annurev.ps.43.020192.000415
- Panksepp, J. (2005a). Affective consciousness: Core emotional feelings in animals and humans. *Consciousness and Cognition*, 14(1), 30-80. doi: 10.1016/j.concog.2004.10.004
- Panksepp, J. (2005b). Why does separation distress hurt? Comment on MacDonald and Leary (2005). *Psychological Bulletin*, 131(2), 224-230. doi: 10.1037/0033-2909.131.2.224
- Panksepp, J. (2007). Neurologizing the psychology of affects: How appraisal-based constructivism and basic emotion theory can coexist. *Perspectives on Psychological Science*, 2(3), 281-296. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00045.x
- Paris, J. (2007). The nature of borderline personality disorder: Multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 457-473. doi: 10.1521/pedi.2007.21.5.457
- Paris, J. (2009). The Treatment of Borderline Personality Disorder: Implications of Research on Diagnosis, Etiology, and Outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 277-290. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153457

- Paris, J. (2010). Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 12(1), 56-60. doi: 10.1007/s11920-009-0083-0
- Phillips, J. (1996). Key Concepts: Hermeneutics. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 3(1), 61-69. Hentet fra [http://muse.jhu.edu/journals/philosophy\\_psychiatry\\_and\\_psychology/index.html](http://muse.jhu.edu/journals/philosophy_psychiatry_and_psychology/index.html)
- Putnam, K. M., & Silk, K. R. (2005). Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17(4), 899-925. doi: 10.1017/S0954579405050431
- Rainville, P., Bechara, A., Naqvi, N., & Damasio, A. R. (2006). Basic emotions are associated with distinct patterns of cardiorespiratory activity. *International Journal of Psychophysiology*, 61(1), 5-18. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2005.10.024
- Reisch, T., Ebner-Priemer, U. W., Tschacher, W., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2008). Sequences of emotions in patients with borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(1), 42-48. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01222.x
- Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2005). The treatment of maladaptive shame in borderline personality disorder: A pilot study of "opposite action". *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(4), 437-447. doi: 10.1016/s1077-7229(05)80071-9
- Rosenthal, M. Z., Gratz, K. L., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Lynch, T. R. (2008). Borderline personality disorder and emotional responding: A review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 75-91. doi: 10.1016/j.cpr.2007.04.001
- Ruocco, A. C., Medaglia, J. D., Ayaz, H., & Chute, D. L. (2010). Abnormal prefrontal cortical response during affective processing in borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 182(2), 117-122.
- Rüsch, N., Lieb, K., Gottler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., et al. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 500-508. doi: 10.1176/appi.ajp.164.3.500
- Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Morey, L. C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., et al. (2002). Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 284-290. doi: 10.1176/appi.ajp.159.2.284

- Scherer, K. R., Johnstone, T., & Klasmeyer, G. (2003). Vocal expression of emotion. I R. J. Davidson, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith (Red.), *Handbook of affective sciences* (ss. 433-456). New York: Oxford University Press.
- Schmahl, C. G., Elzinga, B. M., Ebner, U. W., Simms, T., Sanislow, C. A., Vermetten, E., et al. (2004). Psychophysiological reactivity to traumatic and abandonment scripts in borderline personality and posttraumatic stress disorders: A preliminary report. *Psychiatry Research*, 126(1), 33-42. doi: 10.1016/j.psychres.2004.01.005
- Siegel, P., & Demorest, A. (2010). Affective scripts: A systematic case study of change in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20(4), 369 - 387. doi: 10.1080/10503300903544240
- Silbersweig, D., Clarkin, J. F., Goldstein, M., Kernberg, O. F., Tuescher, O., Levy, K. N., et al. (2007). Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1832-1841. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06010126
- Skodol, A. E. (2005). Manifestations, clinical diagnosis, and comorbidity. I J. M. Oldham, A. E. Skodol & D. S. Bender (Red.), *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders* (ss. 57-87). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing Inc.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., et al. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 276-283. doi: 10.1176/appi.ajp.159.2.276
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51(12), 936-950. doi: 10.1016/s0006-3223(02)01324-0
- Skodol, A. E., Pagano, M. E., Bender, D. S., Shea, M. T., Gunderson, J. G., Yen, S., et al. (2005). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychological Medicine*, 35(3), 443-451. doi: 10.1017/S003329170400354X
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., Havik, O., & Monsen, J. T. (2011). Assessment of affect integration: Validation of the Affect Consciousness construct. *Journal of Personality Assessment*, 93(3), 257-265. doi: 10.1080/00223891.2011.558874

- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., & Monsen, J. T. (Under trykking). Affect integration and reflective function: Clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy Research*.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: The development of criteria. *Archives of General Psychiatry*, 36(1), 17-24. Hentet fra <http://archpsyc.ama-assn.org>
- Stanley, B., & Siever, L. J. (2010). The interpersonal dimension of borderline personality disorder: Toward a neuropeptide model. *American Journal of Psychiatry*, 167(1), 24-39. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09050744
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B., Atwood, G. E., & Stolorow, D. S. (1995). Affects and selfobjects. I R. D. Stolorow, B. Brandchaft & G. E. Atwood (Red.), *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach* (ss. 66-87). Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Suvak, M. K., Litz, B. T., Sloan, D. M., Zannarini, M. C., Barrett, L. F., & Hofmann, S. G. (2010). Emotional granularity and borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, Digital forhåndspubliserings. doi: 10.1037/a0021808
- Tadi, A., Wagner, S., Hoch, J., Ba kaya, Ö., von Cube, R., Skaletz, C., et al. (2009). Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology*, 42(4), 257-263. doi: 10.1159/000224149
- Tangney, J. P., Wagner, P. E., Hill-Barlow, D., Marschall, D. E., & Gramzow, R. (1996). Relation of shame and guilt to constructive versus destructive responses to anger across the lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(4), 797-809. doi: 10.1037/0022-3514.70.4.797
- Tolpin, L. H., Gunthert, K. C., Cohen, L. H., & O'Neill, S. C. (2004). Borderline personality features and instability of daily negative affect and self esteem. *Journal of Personality*, 72(1), 111-138. doi: 10.1111/j.0022-3506.2004.00258.x
- Tomkins, S. S. (1995). Script theory: The differential magnification of affect. I S. S. Tomkins & E. V. Demos (Red.), *Exploring Affect: The Selected Writings of Silvan S. Tomkins*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590-596. Hentet fra <http://archpsyc.ama-assn.org>

- Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., et al. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 416-425. doi: 10.1053/comp.2000.16560
- Trull, T. J., Solhan, M. B., Tragesser, S. L., Jahng, S., Wood, P. K., Piasecki, T. M., et al. (2008). Affective instability: Measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(3), 647-661. doi: 10.1037/a0012532
- Webb, D., & McMurran, M. (2008). Emotional intelligence, alexithymia and borderline personality disorder traits in young adults. *Personality and Mental Health*, 2(4), 265-273. doi: 10.1002/pmh.48
- Westen, D., & Shedler, J. (1999). Revising and assessing axis II, part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 273-285. Hentet fra <http://ajp.psychiatryonline.org>
- Westen, D., Shedler, J., & Bradley, R. (2006). A prototype approach to personality disorder diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 846-856. doi: 10.1176/appi.ajp.163.5.846
- Yen, S., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., et al. (2004). Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 161(7), 1296-1298. Hentet fra <http://ajp.psychiatryonline.org>
- Yen, S., Zlotnick, C., & Costello, E. (2002). Affect regulation in women with borderline personality disorder traits. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(10), 693-696. Hentet fra <http://journals.lww.com/jonmd/pages/default.aspx>
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (2005). Schema therapy. I J. M. Oldham, A. E. Skodol & D. S. Bender (Red.), *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders* (ss. 289-306). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing Inc.
- Zanarini, M. C. (1993). Borderline personality disorder as an impulse spectrum disorder. I J. Paris (Red.), *Borderline personality disorder: Etiology and treatment* (ss. 67-86). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. (2007). The essential nature of borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 518-535. doi: 10.1521/pedi.2007.21.5.518

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F., DeLuca, C., Hennen, J., Khera, G., & Gunderson, J. G. (1998). The pain of being borderline: Dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 6(4), 201-207. doi: 10.3109/10673229809000330
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F., Dubo, E., Sickel, A., Trikha, A., Levin, A., et al. (1998). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 39(5), 296-302. doi: 10.1016/S0010-440X(98)90038-4
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F., Hennen, J., Reich, D., & Silk, K. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 505-523. doi: 10.1521/pedi.2005.19.5.505
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 827-832. doi: 10.1176/appi.ajp.163.5.827
- Zanarini, M. C., Williams, A., Lewis, R., Reich, R., Vera, S., Marino, M., et al. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101. Hentet fra <http://ajp.psychiatryonline.org>
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F., Hennen, J., Reich, D., Marino, M., et al. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 381-387. Hentet fra <http://journals.lww.com/jonmd/pages/default.aspx>
- Zeigler-Hill, V., & Abraham, J. (2006). Borderline personality features: Instability of self-esteem and affect. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(6), 668-687. doi: 10.1521/jscp.2006.25.6.668

# Vedlegg 1

## Pasient A

Hovedelementene i skriptet er konfliktpreget selvbeherskelse for å unngå overveldelse av tristhet, frykt, sinne og skyldfølelse, og at verbal og nonverbalt uttrykk for affekter knyttes til opplevelser av å være liten og ikke bli lyttet til og forstått, med vekking av skam.

Scenene som er sentrale for skriptet er dels knyttet til å ikke bli forstått og til å bli utsatt for press. Det virker som at å bli utsatt for press og å ikke bli forstått eller tatt på alvor står for det samme. A oppgir også tilfeller av sterk tristhet og frykt som ikke lar seg knytte til noe gjentakende scenisk element. Dette forstås som utslag av lav integrasjon, hvor avstanden mellom eksplisitt fortolkning og affektiv fortolkning er stor. A har differensiert oppmerksomhet for ulike affekter, samtidig som kjennetegnene dels er atferdsbeskrivelser, og dels er preget av sterk intensitet og kroppslig smerte. Det kan virke som hun ikke merker affektive reaksjoner før de har blitt sterke og atferdsdrivende.

Å oppleve sinne er truende for A, som ser for seg å ville bli overveldet og at ingen da vil tåle å være i nærheten. Liknende forventninger om overveldelse kommer også for tristhet, frykt og skyldfølelse. Overordnet sett peker dette mot en mestring preget av å holde tilbake, skjule og forsøke å unngå å oppleve affekten. Det er trolig at den uroen og smerten som preger oppmerksomheten er et utslag av at hun først og fremst kjenner sine egne anstrengelser for å holde affekten unna, snarere enn affektens innhold. Samtidig kommer det frem at denne mestringen i noen situasjoner bryter sammen, og at A da blir overveldet av affekten og utagerer.

A bryter av eller skjuler nonverbale uttrykk for de fleste affektene, fordi uttrykket forventes å føre til skam. Verbale uttrykk for flere affekter brytes også av. For glede, interesse og frykt uttrykker hun en forventning om å føle seg liten, ikke bli forstått og ikke bli tatt på alvor. Å uttrykke disse følelsene verbalt danner slik sett scener for sinne og tristhet. Samtidig brytes sinne også av, ut fra en forventning om å ikke kunne forsvare seg og dermed bli enda mer sårbar. En depressiv tristhet erstatter sinnet, og er også koblet til skampreget selvforakt.

En overordnet tolkning av skriptets dynamikk er at A's skambelagte affektuttrykk hindrer utvikling av større affekttoleranse gjennom samspill med nære andre, samtidig som de



periodiske utageringene opprettholder skammen knyttet til å vise affekt. Affekter som sinne, frykt og tristhet truer med å disorganisere selvopplevelsen hennes, og holdes derfor på avstand.

Kjerneskriptskjema for pasient A

Scener	Oppmerksomhet	Toleranse	Emosjonell ekspressivitet	Begrepsmessig ekspressivitet
<p>SINNE</p> <p>Når noen begynner å mase på meg [...] tvinger meg til å gjøre ting som jeg ikke har lyst til</p> <p>TRISTHET</p> <p>At jeg har en følelse av at folk ikke forstår hva jeg mener [...] kanskje ikke jeg klarer å uttrykke meg sånn som jeg vil...sånn at folk forstår</p> <p>Så blir jeg fortvilet av at jeg ikke tør å si ifra hva jeg mener</p> <p>TRISTHET-FRYKT</p> <p>Mange ganger så er jeg redd...jeg vet jeg ikke hva det er for noe en gang, bare plutselig blir sånn veldig redd</p> <p>Noen ganger så vet jeg hva det er, andre ganger så blir jeg liksom bare så trist</p>	<p>SINNE</p> <p>Blir jo sånn rastløs og urolig [...] vet liksom ikke hvor jeg skal gjøre av meg, jeg går att og fram</p> <p>TRISTHET</p> <p>Verkinga blir verre [...] [vil] være for meg sjøl</p> <p>FRYKT</p> <p>Anspent, får pustevanskeligheter og svettetokter og vondt i brystet her og vondt i magen [...] trøkk i hodet [...] at jeg kan svime av og liksom akkurat som hodet skal eksplodere noen ganger</p>	<p>SINNE</p> <p>↑</p> <p>Jeg kan ikke slippe [sinnet] helt ut ihvertfall ikke hjemme [...] jeg mister kontrollen</p> <p>TRISTHET, FRYKT, SINNE, SKYLD</p> <p>≠0</p> <p>Følelsen tar [...] overhånd [...] klarer nesten ikke å stoppe å gråte [...] rastløs, urolig og redd samtidig</p> <p>Forferdelig [...] nesten har lyst til å ta livet mitt</p> <p>Hvis jeg slipper noe så har jeg så mye sinne og anger inni meg at ingen vil være i nærheten</p> <p>Da kan jeg få sånn utbrudd [...] så setter jeg meg ned i en krok og gjemmer meg bort og trekker genseren over hue</p>	<p>INTERESSE, GLEDE, FRYKT, TRISTHET, SJALUSI, SINNE</p> <p>≠</p> <p>Det er akkurat sånn som jeg blir helt lamma liksom [...] da stenger jeg meg inne og sånn og så går jeg helst hjem, kanskje verdt å holde det inni seg [...] jeg klarer ikke å vise det [...] ikke sånn at andre ser</p> <p>↓</p> <p>SKAM</p> <p>De ville vel tenkt at jeg var dum for jeg klarer ikke å forsvare meg når det kommer til støkket [...] så blir jeg veldig liten, jeg tør liksom ikke å svare igjen [...] redd for å drite meg ut [...] jeg syns jeg er veldig fjollete veldig mange ganger</p>	<p>GLEDE, INTERESSE, FRYKT</p> <p>≠</p> <p>Jeg føler meg liksom så dum [...] føler meg plutselig som et lite barn [...] de forstår meg liksom ikke [...] de hører liksom ikke på meg</p> <p>↓</p> <p>[Danner scener for SINNE og TRISTHET]</p> <p>SINNE</p> <p>≠</p> <p>Nei, for jeg har ikke lyst til at de skal se at jeg ikke klarer å forsvare meg [...] da blir jeg helt stum [...] derfor blir jeg mer sårbar igjen</p> <p>↓</p> <p>TRISTHET</p> <p>Så da blir jeg deprimeret og lei meg og sånn isteden</p> <p>X</p> <p>SKAM</p> <p>Jeg både klager og sutrer og [...] tenker at jeg er dum og fjollete</p>

## Pasient B

Sentralt i skriptet er en syklisk virkning av skyldfølelse, tristhet og til dels frykt, knyttet til praktisk og økonomisk utilstrekkelighet. Apati og tilbaketrekning i virkningen av frykt, tristhet og skyldfølelse fører til svikt i praktisk fungering, som igjen danner scene for tristhet og skyldfølelse.

Tristhet og skyldfølelse har like scener, hvor temaet er hvordan B ikke klarer å yte godt nok overfor sine nærmeste. Frykt har scener knyttet til å bli ydmyket ved å ikke klare seg selv, som tyder på at skam er koblet inn på et implisitt nivå.

Oppmerksomheten for skyld og tristhet er heller ikke differensiert – disse affektene er tett sammenvevet for B. Sinne og frykt er koblet inn på opplevelsen av skyld og tristhet, og ser ut til å ta over opplevelsen raskt. Det er en tiltagende disorganisering, i at hun blir oppkavet og får problemer med å tenke klart. Oppmerksomheten for frykt er tydeligere differensiert, men preget av ulike somatiske utslag og høy intensitet.

Både den fusjonerte skyldfølelse-tristhet og frykt fører til overveldelse og tap av selvopplevelse og agens. B blir apatisk og ustrukturert, og klarer ikke å opprettholde orden rundt seg. Scenisk vekker dette mer skyldfølelse-tristhet. Selvmordstanker kommer som del av overveldelsen, og hun håndterer dette ved tilbaketrekning og søvn.

Å vise tristhet eller frykt er konfliktfylt, fordi B ønsker å fremstå som mestrende. Det nonverbale uttrykket for skyld er koblet til sinne, slik at hun først og fremst viser irritasjon, noe som må gjøre det vanskeligere for omgivelsene å forstå hvor vondt og skremmende det er for henne å ikke få til å opprettholde en god standard hjemme.

Det verbale uttrykket for tristhet er også preget av konflikt, og koblet til frykt. Det å betro seg til andre vekker frykt, slik at B antagelig ofte unngår slik formidling.

Den overordnede tolkningen av skriptets dynamikk er at B's sensitivitet for å oppleve seg utilstrekkelig ofte vil aktivere affektiv overveldelse, som blir et hinder for å løse praktiske problemer. Det gjør at hun får gjentatte erfaringer av å ikke mestre hverdagslivet, som igjen opprettholder den samme sensitiviteten. Samtidig forstyrres formidlingen av skyld og tristhet av irritasjon, slik at disse affektene ikke får noen interpersonlig funksjon i å håndtere de situasjonene hun er sårbar for.

Scener	Oppmerksomhet	Toleranse	Emosjonell ekspressivitet	Begrepsmessig ekspressivitet
$\infty$ SKYLD-TRISTHET Jeg føler at jeg strekker ikke til sjøl [...] det praktiske, økonomiske, hverdagslige [...] det har jo vært et vanvittig rot og kaos rundt meg [...] oppvaska xstått i dagervis, klærne blitt slengt på gulvet [...] overfor ungene kanskje sånn materielt sett, at jeg ikke klarer å ha den standarden som andre har FRYKT Jeg har sliti veldig med det å gå på sosialkontoret [...] det har vært et mareritt	$\infty$ SKYLD-TRISTHET Det kjennes inni her [brystet] det er sånn klump liksom $\rightarrow$ Ukonsentrert og blir stressa [...] jeg tenker veldig korttenkt [...] blir fjern X SINNE, FRYKT Stressa, rastløs, aggressiv, utilpass [...] piggane ute som du sier FRYKT Blir svett [...] uggen i magen [...] ansent og stiv i skuldrene, vondt i hodet [...] nummen [...] negativ	$\infty$ SKYLD-TRISTHET Enda mere rotete og ustrukturert FRYKT Den tapper meg helt ut [...] blir helt apatisk $\downarrow$ $\neq 0$ Og så tar apatien over [...] et vanvittig kaos [...] jeg bare lar ting suse og gå, at oppvaska står i tre dager [Danner scener for SKYLD-TRISTHET] Da kommer jo de derre selvmordstankene og sånn $\downarrow$ Jeg sover veldig mye [...] flykter under dyna mi [...] og så sakte men sikkert så to tre dager så våkner jeg opp fra den dvalen min og så begynner jeg forsiktig å [...] ordne opp i tinga	TRISTHET, FRYKT $\updownarrow$ Kanskje blitt flinkere til det i voksen alder [...] før så skulle jeg bare være tøff og stor og sterk og klare alt [...] det er lettere å vise det til venner enn til familie [...] gjømmet det godt vekk SKYLD Jeg blir jo sånn kanskje taus og innelukka og tankefull X SINNE Hvis [...] noen "toucher" ved min dårlige samvittighet så er jo piggane ute med en gang	TRISTHET $\updownarrow$ Ja, pakker det vel litt inn i den tøffheten X FRYKT Jeg har jo enda veldig problemer med å stole på folk da ikke sant [...] At hvis jeg har betrodd noe så har jeg vært livredd

## Pasient C

Skriptets kjerne er en generalisert og smertefull skamfølelse, samtidig som C har flere uheldige koblinger av ulike affekter, og strever med å skille affekter fra hverandre.

Tristhet, skam, ømhet og glede har scener knyttet til å være nær andre, hvor ømhet og glede har samme scene. Sinne og frykt er ikke tydelig knyttet til scener, men snarere til indre stimuli. Her er imidlertid utspørringen mangelfull.

Selv om tristhet og glede har ulike scener oppgir C de samme kjennetegnene for begge affektene, nemlig klump i halsen og smerter i brystet. Scenen for tristhet er å bli avvist, mens hun oppgir en hypotetisk scene om å bli holdt rundt og tatt på for glede og ømhet. Dette forstås som at det å bli tatt på for C innebærer en implisitt forventning om avvisning.

Forventningen gjør vanligvis at tristhet umiddelbart fortrenger opplevelsen av glede. Hun har noe bedre oppmerksomhet for ømhet som tyder på at det har forekommet, eller forekommer unntak, selv om det i alle tilfeller er konfliktfylt. Skam er svært lite integrert for C, som gjenkjenner affekten ved dens nesten paralyserende virkning.

Virkningen av tristhet er tett sammenvevet med skam og selvforakt, og C bryter affektoplevelsen av ved å trekke seg fra situasjonen. Å uttrykke tristhet verbalt er også skambelagt. Ved at både opplevelse og uttrykk forstyrres av skam mister hun både selvomsorgen tristhet kan motivere for, og muligheten til å signalisere omsorgsbehov til andre. Samtidig har C et lite refleksivt forhold til skammen, og opplever den mer som et faktum enn som en reaksjon. C ser seg selv som svak og synes det er noe galt med seg. Sinne fører til periodisk overveldelse og utagering, og virker jeg-fremmed. Samtidig fører sinnet til selvdestruktiv atferd, som peker mot at implisitt skam også her blander seg med sinnets motivasjon. Glede forstyrres av frykt for at gleden skal bli ødelagt.

Skamfølelsens sentrale rolle i skriptet kommer også tydelig frem for nonverbale og verbale uttrykk for affektene. Uttrykkene for frykt, tristhet og ømhet forventes å lede til situasjoner hvor andre prøver å nærme seg C interpersonlig, som danner scene for skam. Uttrykkene brytes derfor av eller unngås.

Det sentrale i skriptet er en svært generalisert og lite integrert skamfølelse, som fører til interpersonlig isolasjon. Skriptet knytter skamfølelsen til mange andre affekter, og den lave graden av integrasjon innebærer også at hun ikke klarer å skille disse ut opplevelsesmessig fra skammen og ta dem i bruk. Et mangfold av situasjoner blir dermed først og fremst skamvekkende, og hun trekker seg unna.

Scener	Oppmerksomhet	Toleranse	Emosjonell ekspressivitet	Begrepsmessig ekspressivitet
TRISTHET Å bli avvist SKAM Når folk prøver å komme inn på meg GLEDE At noen bare holdt i meg eller tok i meg eller maserte ryggen min SINNE, FRYKT Tankene mine (tvangstanker?)	$\infty$ TRISTHET - GLEDE Jeg får litt vondt i brystet eller sånn klump i halsen [...] og så får jeg bare lyst til å slå av lyset SKAM Jeg får vanskelig for å røre meg [...] blir tafatt SINNE Jeg får veldig vondt i hodet, det trykker i hele hodet [...] veldig trett FRYKT Jeg blir veldig spent i muskulaturen [...] løs mage [...] føler at jeg nesten ikke får puste	$\infty$ TRISTHET - SKAM Jeg har lyst til å forsvinne [...] jeg hadde holdt på å gråte kanskje [...] ser på meg selv som svak $\neq$ Avbryter det som regel for jeg vil ikke ha andre mennesker i nærheten [...] jeg går ut av situasjonen GLEDE X FRYKT På en måte så er jeg kanskje litt redd for å være glad, fordi at da skjer det alltid ett eller annet SINNE $\neq O$ Noen ganger at jeg mister...kontroll [...] jeg gjør som regel ting som alltid går ut over meg selv egentlig [...] setter meg inn i bilen og kjører så fort at jeg kræsjer eller drikker veldig mye	FRYKT $\neq$ Har prøvd det [...] folk skjønner ikke følelsen og sier at jeg må skjerpe meg X SKAM Det er noe galt med meg X TRISTHET Det er ofte det som skjer at jeg kanskje begynner å grine og sånn $\downarrow$ De skal trøste og be meg skjerpe meg og ta meg sammen og nå er allting bra [SCENE - SKAM]	TRISTHET, ØMHET $\neq$ Det er litt pinlig [...] det er for flaut X SKAM Det har jeg vel aldri gjort tror jeg $\downarrow$ Da ville de sikkert spørre hvorfor jeg er skamfull [...] og da må jeg fortelle dem ting kanskje og det har jeg ikke lyst til [SCENE - SKAM]

## Pasient D

Skriptet ser ut til å dreie seg rundt å avverge skyld og skamfølelse. D formidler en sterk beredskap mot å bli ydmyket og å skyldre andre noe. Sjalousi/misunnelse er en affekt D benekter å ha overhodet, og han presenterer et komplekst resonnement for hvorfor denne affekten ikke er en del av ham. Dette forstås som at affekten er fullstendig uintegrert for D, og antagelig involvert i kjerneskriptet. Det er samtidig vanskelig å finne holdepunkter i intervjuet for hvordan den er organisert, og skriptet må dermed antas å være noe mangelfullt.

D oppgir scener for skyld og skam knyttet til moralsk utilstrekkelighet. Scenene vurderes som affektivt sett like for ham, med en udiffereinsierte tilstand av skyld og skam. D klarer ikke å

komme på konkrete scener for tristhet overhodet, men betegner hele sin situasjon som vanskelig. Dette forstås som et utslag av lite integrasjon. Antagelig er affekten nokså generalisert og opptrer ofte, samtidig som pasienten ikke klarer å forholde seg til eller ikke er kjent med hva som konkret gjør ham trist.

D klarer ikke å oppgi kjennetegn ved skyldfølelse og skam. Det ser ut til at han først blir oppmerksom på disse affektene når de allerede virker inn. Oppmerksomheten for tristhet blir forstyrret av frykt. Sinne er tydeligere for ham, og virker bedre integrert enn de andre affektene.

Å virkelig oppleve skyld og skam representerer for D noe forferdelig, et bunnløst mørke, noe det ikke er mulig å leve med. For å unngå virkningen av affekten blir han overdrevet snill, og betegner det selv som ”dumsnillhet”, som har et preg av selvforakt. Tristhet er en annen affekt som innebærer kontroll- og selvtap for D. Tristheten brytes av til andre affekter, som sinne eller ømhet, uten at han får med seg hva som skjer før etterpå.

De nonverbale uttrykkene for tristhet, ømhet, frykt, skyld og skam brytes av, fordi D forventer at uttrykket kan vekke sympati hos andre, som er koblet til skam og skyld. Å motta sympati og omsorg oppleves ydmykende og fører til at D opplever å skylde andre noe. Sinne forventes også å føre til ydmykelse, særlig i nære relasjoner. Verbalt gir D ikke uttrykk for andre affekter enn sinne. Samtidig er uttrykket konfliktfylt. Trolig er denne konflikten knyttet til forventning om ydmykelse, som for det nonverbale uttrykket.

Slik skriptet fremstår i intervjuet er det preget av en sterk beredskap mot å oppleve skyld og skam. Denne ser ut til å føre til en aktivt uoppmerksom holdning til affekt, som hindrer integrasjon i meget stor grad. Dermed blir D ofte overrumplet av affekt, og mister muligheten til å håndtere den effektivt. D har samtidig en svært artikulert selvforståelse, som antagelig gjør det vanskeligere for ham å integrere affekter, fordi de sjelden passer i hans eksplisitte selvrepresentasjon. Sinne er bedre integrert enn andre affekter, og det kan virke som D håndterer trusselen om disorganisering ved å bli sint, som gir ham en tydeligere selvopplevelse. Forventningen om at skyld og skam vil følge av andres sympati hindrer også D i å formidle vanskelige følelser til andre og søke støtte.

## Kjerneskriptskjema for pasient D

Scener	Oppmerksomhet	Toleranse	Emosjonell ekspressivitet	Begrepsmessig ekspressivitet
$\infty$ SKYLD - SKAM Å love noe jeg ikke kan holde er et problem for meg, jeg er veldig påpasselig med det [...] Utroskap feks det er en ting som jeg har bedrevet som er noe jeg skammer meg veldig for [...] jeg legger jo ranglista for meg veldig høyt TRISTHET Det er så uoverkommelig at der vet jeg ikke hvor jeg skal starte altså [...] hele min situasjon er vanskelig SINNE Urettferdighet SJALUSI [Benekter å ha følelsen]	SKYLD, SKAM [Kjennetegn ved F. Er ukjente for pasienten/manglende utspørring] TRISTHET Fortvilet sinnstilstand X FRYKT Hjerteklapp, svetting SINNE Varm i pæra [...] en psykisk vulkan [...] som er veldig, veldig sterk	$\infty$ SKYLD-SKAM [Tenkt virkning] Det tror jeg ikke jeg kunne leve med [...] bunnløst mørke, jeg kunne ikke hatt det sånn, aldri i livet $\neq$ $\downarrow$ Misforstått snillisme [...] jeg blir dumsill [...] Jeg kompenserer for dårlig samvittighet ved å, altså overkompenserer TRISTHET $\neq$ Jeg blir klar over det etterpå liksom hva jeg har gjort X SINNE, ØMHET, ETC Det er stort sett en trigger på sinne [...] det slår en eller annen vei [...] til sinne eller om det er til overdreven kjærlig omsorgsgreier så er det en type springbrett ut av depresjonen for meg der og da	TRISTHET, ØMHET, FRYKT, SKYLD, SKAM $\neq$ Nei, det skjer nesten ikke [Ville ha fått omsorg/sympati] $\downarrow$ $\infty$ SKYLD-SKAM Jeg tror jeg frykter sympati [...] det er noe jeg ikke utstår liksom [...] da mister vi ansikt igjen [...] jeg er sterkt i mot å stå i gjeld til noen SINNE Med få unntak så har jeg nok en tendens til å føle svært kontroll på det $\updownarrow$ Så...da blir det gjerne voldsomt når det først skjer [...] vanskeligere å være sint på mennesker som betyr noe X SKAM Å bli sint det er jo...til de jeg bryr meg om det er egentlig tap av ansikt	TRISTHET, ØMHET, FRYKT, SKYLD, SKAM, INTERESSE, GLEDE $\neq$ Det skjer praktisk talt aldri [...] det er lite følelsesmessig ladet i det [...] i min verden [...] så eksisterer ikke det SINNE Veldig stille $\updownarrow$ Før det smeller

## Pasient E

Tyngdepunktet i skriptet ligger på den emosjonelle ekspressiviteten, hvor E's eneste uttrykk er å smile i møte med andre. E kan ikke eller ønsker ikke å vise andre affekter, men føler seg samtidig ofte ensom bak den masken smilet oppleves å utgjøre. Skriptet er preget av skyldfølelse, som ser ut til å komme inn i mange følelser allerede på scenisk nivå.

E oppgir en nokså konstant skyldfølelse, uten noen egentlige sceniske kjennetegn, og kommer også med skyldpregede scener både for tristhet og skam. Oppmerksomheten for tristhet og

skyldfølelse er sammenkoblet, slik de scenisk er knyttet til hverandre, men det kommer også inn en kobling til sinne rettet mot henne selv. Frykt kommer inn i oppmerksomheten for interesse og glede, og tyder på at disse affektene vekker en beredskap for ubehag.

E bryter av eller mister virkningen av interesse, frykt, sinne, sjalusi og skyld. Det å bryte av eller kvitte seg med affekt ser ut til å være en generell måte for E å håndtere affekt på. Tristhet er konfliktfylt, hvor det å oppleve tristheten er knyttet til en mer depressiv likegyldighet hun ikke kan tillate seg av hensyn til barna, og som derfor må holdes unna ved å uttrykke glede. Ekspressivt brytes alle affekter unntatt ømhet aktivt av, og glede er det eneste E virkelig kan vise. Samtidig opplever hun at det ikke er mulig å unnlate å vise glede overfor andre. På begrepsnivå kommer det frem at E ikke vil fortelle andre om egen tristhet for å ikke belaste dem, og dette forstås som at skyld kobles inn. På bakgrunn av dette, og skyldfølelsens fremtredende rolle ellers i skriptet, er det trolig at skyldfølelse også ligger under de avbrutte nonverbale affektuttrykkene.

Overordnet forstås dette som at de fleste virkninger av og uttrykk for affekt vekker skyldfølelse fordi de forventes å være en trussel mot tilknytning. Derfor kan E ikke oppleve affekt klart eller tydelig formidle den til andre, men må skjule den ved å uttrykke glede.



## Kjerneskriptskjema for pasient E

Scener	Oppmerksomhet	Toleranse	Emosjonell ekspressivitet	Begrepsmessig ekspressivitet
<p>SKYLD</p> <p>Skyldfølelse tror jeg er noe som du har mer eller mindre konstant [...] men hva det kommer av helt det, vet jeg ikke</p> <p>TRISTHET</p> <p>X</p> <p>SKYLD</p> <p>Jeg er veldig pliktoppfyllende av natur da så da blir jeg fortvila hvis jeg for eksempel kommer for sent. Da kan jeg være stressa</p> <p>SKAM</p> <p>Hvis noen er sur eller lei seg og så tror jeg det er min skyld [...] jeg tar på meg skylden hele tiden</p>	<p>INTERESSE, GLEDE, SKAM</p> <p>X</p> <p>FRYKT</p> <p>Jeg blir litt sånn nervøs [...] så må jeg bare svelge det hele tiden</p> <p>Du begynner å svette litt og blir klam, Det kan jeg også bli når jeg blir nervøs</p> <p>Jeg får angst</p> <p>SKYLD</p> <p>X</p> <p>TRISTHET, SINNE</p> <p>Du blir jo sinna på deg selv</p> <p>Du blir jo lei deg</p> <p>Likegyldighet i forhold til barna [...] og trist på en måte</p> <p>Du klarer jo ikke å gå rundt å være glad</p>	<p>INTERESSE, FRYKT, SINNE, TRISTHET, SJALUSI, SKYLD</p> <p>≠</p> <p>Kvitter meg med den [...] jeg klarer ikke føle på de tingene der [...] stålsetter meg [...] det preller av med en gang, så føler jeg denne maktesløsheten [...] jeg orker ikke oppgaven</p> <p>TRISTHET</p> <p>↓</p> <p>Må kjempe mot meg selv hele tiden, kan ikke tillate å være likegyldig, må bære en maske og være glad</p> <p>↓</p> <p>Da kan du føle deg ensom blant mennesker</p>	<p>INTERESSE, FRYKT, SINNE, SKAM, TRISTHET, SJALUSI, SKYLD</p> <p>≠</p> <p>[Ønsker ikke eller klarer ikke å vise]</p> <p>↓</p> <p>GLEDE</p> <p>Jeg klarer ikke se på et annet menneske uten å smile</p> <p>↑</p> <p>Så derfor er det godt å komme for seg selv og legge av seg den maska der</p> <p>←</p>	<p>TRISTHET</p> <p>≠</p> <p>Jeg gjør jo ikke det[...] ikke akkurat hvordan jeg føler det ihvertfall</p> <p>Jeg prøver jo å unngå [å si] det</p> <p>X</p> <p>SKYLD</p> <p>Det har jeg ikke lyst til å belemre andre med egentlig [...] de har nok med sitt så [...] føler ikke jeg at jeg kan tynde noen ned med det</p>

## Pasient F

Skriptet kjennetegnes av at F ofte blir overveldet eller drevet av affekttilstander. Skriptet har to hovedlinjer, én utagerende knyttet til sinne og sjalusi og én overveldet og desorganisert knyttet til tristhet og frykt. Hun hevder å ikke ha skyld eller skamfølelse overhodet. I hvilken grad disse affektene virker inn eller spiller en rolle i kjerneskriptet kan ikke vurderes pålitelig ut fra intervjuet.

F oppgir lite differensierte scener. For tristhet og sinne er scenene uspesifikke. Tristhet opptrer helt uten sceniske kjennetegn, F opplever det som at følelsen bare kommer, uten grunn. Hun knytter sinne til noe konkret, men sier samtidig at irritasjon og sinne kan komme som reaksjon på hva som helst og noen ganger uten årsak. Sjalusi og frykt har mer relevante scener.

Sjalusi og frykt har felles kjennetegn med uklare smerter i mage og bryst, samtidig som F blir trist og begynner å gråte. Den samme uklare smerteopplevelsen kommer også koblet inn på sinne, men sinne kjennes også ved en viss vitalisering. Tristheten som bare kommer over F kjennes ved en type depressiv overveldelse, hvor det refleksive forholdet til affekten er borte.

Sinne fører til verbal utagering, og trang til å slå. F opplever også en sadistisk tilfredsstillelse ved å såre andre når hun er sint. Tristhet virker sterkt på F, som gråter masse og aktivt trekker frem vonde opplevelser og tanker for å bli mer trist. Det er samtidig et element av selvomsorg, hvor hun synes synd på seg selv. Tristheten kan brytes av umiddelbart og bli borte for F i kontakt med andre, uten at dette representerer noen aktiv håndtering; hun opplever at det er noe som bare skjer. At affekten bare blir borte for F illustrerer hvordan affektens innhold ikke integreres med selvrepresentasjonen hennes, men blir en forbigående ubehagelig tilstand.

F viser gjerne sinne og sjalusi, og ønsker i noen grad at den det gjelder skal se det, for å bli spurt hva som er galt. Hun viser disse følelsene primært ved å være sur. Frykt og tristhet ser ut til å virke mer disorganiserende, og F slutter da å forholde seg til andre. Hun bryr seg ikke om noen er i nærheten, men gråter uten å svare eller ta kontakt. Verbalt kan F gjerne gi uttrykk for irritasjon, men ikke overfor den det gjelder, fordi det da ville kunne ordne seg, og F ønsker å holde på sinnet, kanskje fordi selvopplevelsen hennes er tydeligere da. F kan også gi verbalt uttrykk for et omsorgsbehov.

F ser ut til å ha et skript som i mange situasjoner innskrenker opplevelse til to grove kategorier, hvor irritabilitet og fiendtlighet er alternativet til depressiv overveldelse. Hun har i svært liten grad noen opplevelse av kontroll eller bevissthet om hva som kan vekke ulike affektive tilstander, som må bidra til en svært ustabil fungering.

Scener	Oppmerksomhet	Toleranse	Emosjonell ekspressivitet	Begrepsmessig ekspressivitet
<b>SJALUSI</b> Hvis han jeg bor sammen med prater med noen andre enn meg [...] han hilser på noen som går langs gata som ikke jeg vet hvem er <b>FRYKT</b> Jeg er redd for at noen skal dø noen gang [...] liker ikke å tenke på det, begynner å grine <b>SINNE</b> Jeg kan irritere meg over alt [...] jeg er så vant til å være irritert og sur <b>TRISTHET</b> Er så mye deppa. Det kommer av seg sjøl. Det e'kke noe spesielt som gjør til at jeg blir trist og sånn. [...] Plutselig bare kommer det. <b>SKYLD – SKAM</b> Aldri vært sjenert [...] få'kke skyldfølelse, jeg [...] For jeg mener at ikke noe av det jeg gjør eller sier er gærent	$\infty$ <b>SJALUSI – FRYKT</b> Det gjør vondt [i mage og bryst] X <b>TRISTHET, SKAM</b> og så blir det trist [...] begynner å grine [...] Føler masse rart. Tenker at jeg e'kke bra nok <b>SINNE</b> Får mer energi X <b>FRYKT</b> Jeg får vondt der og [i mage og bryst] <b>TRISTHET</b> $\neq 0$ Sånn tung i kroppen. Helt sånn ødelagt [...] alt er gærent [...] alt er trist og alt er fælt.	<b>SINNE</b> Klage [...] og kritisere noen [...] så kan jeg slenge masse dritt [...] lyst til å slå og banke de opp [...] jeg blir glad jeg når jeg klarer å gjøre andre noe vondt [...] såre noen andre $\infty$ <b>FRYKT-TRISTHET</b> $\neq 0$ Griner og synes synd på meg sjøl [...] finner frem alt det negative jeg kan tenke på så jeg griner ennå mer [...] da er alt fælt $\downarrow$ $\neq$ Så plutselig kommer det noen folk inn [...] da tenker je'kke mere på det. Da er det borte	$\infty$ <b>SINNE - SJALUSI</b> Bare for å bli spørt hva det er for no' [...] Sitter der og ser dum ut.. småsur [...] for da vet jeg at han synes synd på meg $\infty$ <b>FRYKT-TRISTHET</b> Jeg driter i om andre er der [...] setter meg ned og begynner å grine [...] Sitte stille og se på et sted bare og ikke sier noe og ikke svarer på noe [...] sitte rolig og se...se dum ut. Og ikke prate	<b>SINNE</b> $\updownarrow$ Jeg må si det til noen Klage til noen.[...] hvis jeg ikke får gjort det så, da blir det fælt Ikke med vedkommende [...] Det e'kke noe vits i [...] da kan alt ordne seg, alt bli bra. Og det har jeg ikke lyst til <b>TRISTHET</b> Ikke snakke med andre om det [...] “synes synd på meg”, sier jeg [...] Men jeg kan aldri prate om det for jeg vet aldri grunnen til at jeg er trist

## Pasient G

Skriptet preges av at en fusjonert tilstand av sinne og frykt knyttet til en sterk konfliktberedskap kobles inn og forstyrrer andre affekters funksjon.

G har relevante og differensierte scener for affektene, hvor frykt er knyttet til integriteten til barn og hjem og sjalusi er knyttet til at foreldrene har favorisert søsken. Skamfølelsen virker noe generalisert; hun opplever seg underlegen i mange situasjoner. Sinne og frykt er koblet

inn i oppmerksomheten for ømhet, sjalusi, skam og tristhet. Frykt og sinne vurderes som fusjonert, altså at de vanligvis opptrer sammen og at G ikke skiller tydelig mellom dem. Frykt og sinne er kjennetegnet av uro, smerter og negativt stemningsleie, som kan være et utslag av at G strever med å holde affektene under kontroll. Virkningen av både skam og sjalusi blir dominert av sinne og frykt, slik at de opprinnelige affektenes innhold blir utilgjengelig for G.

Ekspressivt havner G i en av to posisjoner. Frykt, tristhet og sjalusi kobles til sinne, og uttrykket kan ikke skilles tydelig fra dette. Uttrykket for tristhet, ømhet og skam tilbakeholdes, slik at sinne blir det dominerende emosjonelle uttrykket hennes på tvers av situasjon. Å uttrykke affekt verbalt er konfliktfylt for G. Både skam, tristhet, sinne og sjalusi kan uttrykkes indirekte og i etterkant av situasjonen, særlig overfor ektefellen, men ikke overfor den affekten er rettet mot. Hun kan dermed ikke kompensere for det sinnedominerte nonverbale uttrykket ved å formidle sin reelle affektive tilstand verbalt i situasjonen.

Overordnet forstås skriptet slik at en rekke affekter for G innebærer forventning om interpersonlig konflikt, og at dette fører til at sinne og frykt dominerer opplevelsen. Samtidig klarer hun ikke å skille mellom sinnet og frykten og den affekten som vekker sinne og frykt, som er et eksempel på lav affektintegrering. Fordi affekt enten vises som sinne eller skjules vil G sjelden oppleve å få sin tilstand og opplevelse riktig forstått av andre. Snarere vil både virkning og uttrykk ofte vekke negative reaksjoner og konflikt, som må antas å opprettholde den samme konfliktberedskapen.

Scener	Oppmerksomhet	Toleranse	Emosjonell ekspressivitet	Begrepsmessig ekspressivitet
FRYKT At det skal skje barna mine noe [...] at ikke vi skal ha det godt hjemme liksom med økonomi og alt mulig sånt SKAM Jeg føler det i veldig mange sammenhenger at andre er bedre enn meg SJALUSI Egentlig så har søsknene mine betydd mer for foreldrene mine enn meg	SKAM, SJALUSI, ØMHET, TRISTHET Du er redd for å si noe dumt og gjøre noe dumt [...] hele kroppen irritert og veldig i forsvar og lett for å krangle [...] livredd for at det skal skje dem noe [...] aggressivitet X ∞ FRYKT, SINNE Jeg spenner meg så mye så jeg har så vondt i rygg og nakke og hodepine Blir vel bare veldig rastløs Jeg blir aggressiv og spydig	SKAM, SJALUSI Veldig redd inne i meg [...] kan være litt aggressiv X ∞ FRYKT, SINNE Blir veldig negativ til alt mulig, jeg får helt panikk, begynner å gnåle	FRYKT, TRISTHET, SJALUSI X SINNE Aggressiv, irritert, svarer kvasst TRISTHET, ØMHET, SKAM ≠ Jeg greier ikke å vise det ...med kroppen [...] jeg skjuler det på en fin måte tror jeg [...] eller så er jeg stille	↓ SKAM, TRISTHET, SINNE, SJALUSI Jeg kan tørre å åpne meg for mannen min i hvertfall Kanskje ikke til de rette personene hvis det er de jeg er sint på [...] sier det til en god venn eller familien Hvis jeg tør å si det til noen så

## Pasient H

Beredskap for avvisning eller tap av relasjon står sentralt i H's skript. Det er to distinkte hovedlinjer, en utagerende med sinne og frykt, og en tilbaketrukket med tristhet, skyld og skam.

Scenisk er ulike former for avvisning sentrale, men scener og affekter passer sammen. Frustrasjon av behov fra betydningsfulle andre vekker sinne. Å bli tilsidesatt eller nedprioritert vekker tristhet, mens det å såre eller skremme andre vekker skyldfølelse.

Oppmerksomheten for sinne og frykt er ikke differensiert, og virker preget av frykt mer enn av sinne. Dette forstås som at sinnet frustrasjonen vekker også aktiverer sterk frykt og uro, og at denne dominerer opplevelsen. Hun skiller heller ikke tydelig mellom tristhet og skyldfølelse, og oppgir uklare kjennetegn for affektene. Nummenhet og uro kjennetegner begge, og forstås som utslag av at pasienten forsøker å unngå å oppleve affektene tydelig.

Virkningen av ømhet brytes av til sinne ved det H opplever som tegn på avvisning. Sjalusi leder også direkte til sinne. Virkningen av sinne og frykt truer med å overvelde henne. Hun opplever å nesten miste kontrollen og får lyst til å slå. Tilstanden oppleves som forferdelig og

utmattende. Samtidig har hun en viss kontakt med innholdet i affektene. Virkningen av tristhet har et element av egenomsorg, men er også koblet til skam, som gjør at H får problemer med å integrere affekten i nærvær av andre. H skjuler uttrykket for tristhet. Sinne og frykt vises på henne og oppleves ikke problematisk å vise, men H har liten bevissthet om hvordan det synes, og har ingen kontroll over uttrykket. Hun kan uttrykke affektene involvert i skriptet verbalt, men med noe forbehold og ikke direkte i situasjonen. Dermed kan ikke det verbale uttrykket veie opp for vanskene med å formidle tristhet nonverbalt.

Samspeillet mellom en sterk sensitivitet for avvisning og problemer med å vise og uttrykke sårbarhet knyttet til den samme avvisningen ser ut til å være det sentrale i Hs skript. Det at hun nesten overveldes av sinne og frykt ved avvisning vil være konfliktskapende og aksentuere avvisningsscenen. Samtidig er det vanskelig for H å formidle sårbarheten for avvisning på noen annen måte, fordi følelser som skyld og tristhet er skambelagt og skjules.

Kjerneskriptsjema for pasient H

Scener	Oppmerksomhet	Toleranse	Emosjonell ekspressivitet	Begrepsmessig ekspressivitet
<p>SINNE</p> <p>Når jeg ikke får det som jeg vil med dattera mi. Når jeg får nei fra kjæreste eller venner.</p> <p>TRISTHET</p> <p>Hvis jeg blir tilsidesatt, nedprioritert, ikke tatt hensyn til.</p> <p>SKYLD</p> <p>Hvis jeg har såret noen [...] tatt dattera min feil, for brått eller hardt.</p>	<p>∞</p> <p>SINNE, FRYKT</p> <p>Magen spenner seg, stiv i kroppen, får ikke puste</p> <p>∞</p> <p>TRISTHET, SKYLD</p> <p>Nummenhet i kroppen, uro</p>	<p>ØMHET</p> <p>Hvis du [...] ikke får lov eller ikke den andre vil [...] det er jo så krenkende og så forferdelig vondt.</p> <p>SJALUSI</p> <p>Sjalusi er veldig, veldig vondt. [...] jeg føler at den personen er en bedre person enn meg</p> <p>↓</p> <p>∞</p> <p>SINNE, FRYKT</p> <p>Lyst til å slå, helt forferdelig, ukontrollert.</p> <p>Etterpå er jeg helt sånn utmatta</p> <p>TRISTHET</p> <p>Hvis jeg er alene prøver jeg å gråte</p> <p>X</p> <p>SKAM</p> <p>Jeg føler meg litt teit</p>	<p>SINNE, FRYKT</p> <p>Det synes jo. Jeg uttrykker meg veldig mye, masse, med ansiktet og med kroppen</p> <p>TRISTHET</p> <p>≠</p> <p>Gråter ikke foran kjæresten, føler ikke det er naturlig.</p>	<p>SINNE, FRYKT</p> <p>Jeg sier det. Hvis jeg føler det er noen vits i å si det [...] hvis det gjør såpass vondt.</p> <p>TRISTHET, SKYLD</p> <p>Føler jeg for å snakke med noen ringer jeg til vennene mine eller til søstera mi.</p>

## Pasient I

Impulsive handlinger, affektiv overveldelse og grublende tilbaketrekning står sentralt i skriptet. Vansker med å håndtere intime relasjoner er det mest akutte uttrykket for dette.

Scenisk dreier mye seg om det å innlede relasjoner til noen av motsatt kjønn. Opplevelse av avvisning tas ikke opp som eksplisitt scenisk tema, og det er uklart om I selv tenker på mulig avvisning som del av scenene. Det er uansett trolig at beredskap for avvisning og/eller ydmykelse danner bakgrunnen for reaksjonene hans. Relasjonen til far utgjør en av scenene for sjalusi, og peker mot mulige viktige tidlige erfaringer av å bli avvist eller ikke være god nok.

Oppmerksomheten for skam og frykt er fusjonert, og preget av at I blir overveldet av affektens virkning. Det ser ut til at han først blir ordentlig klar over affekten når den allerede virker overveldende, og at håndteringen derfor blir tilbaketrekning fra situasjonen. Samtidig er det innslag av impulsiv kompenserende atferd for å veie opp for tilbaketrekningen, men han opplever gjerne at forsøkene på å kompensere bare fører til mer skam. Den gjentatte skammen går over i tristhet, preget av fysisk utmattelse, fortvilelse og oppgitthet. Fra dette kommer I inn i en tilstand av handlingslammelse og depressiv mangel på interesse og glede.

I har også en intens opplevelse av sjalusi, på grensen til overveldelse, med kjennetegn av frykt. Sjalusien håndteres ved skyve den vekk og benekte at den betyr noe for ham. Uttrykket for sjalusi er konfliktfylt, han opplever det som en slags sykdom, noe ekkelt som må skjules. Samtidig hevder han at det egentlig ikke ville vært noe galt i å vise affekten. Ved å uttrykke frykt har I opplevd å få sympati og slippe unna ubehagelige plikter eller oppgaver, og skammer seg eller kjenner selvforakt over å benytte dette som strategi. Det verbale uttrykket for affektene i skriptet oppleves ikke problematisk for I, men det er uklart om de faktisk uttrykkes verbalt i situasjonene med overveldelse. Trolig viser dette til at hans mest presserende affektive problemer er knyttet til virkningen skam og frykt har, og ikke til uttrykket for disse affektene.

Oppsummert ser den intense skamfølelsen ut til å være en sentral drivkraft i skriptet. Samtidig spiller sjalusi antagelig også en viktig rolle. Å nærme seg noen eller hevde sin rett til å være i en relasjon virker dypt konfliktfylt, kanskje fordi andres reaksjoner på tilnærmelsen forventes å være uforutsigbare. De gjentatte forsøkene på å komme nær noen understøtter at de implisitte forventningene hans ikke er entydig negative. Samtidig gjør den intense skammen

og frykten sitt til at I antagelig svært fort konkluderer med at forsøkene på å nærme seg er mislykkede, og dermed opptrer på underlige måter overfor andre.

Kjerneskriptsjema for pasient I

Scener	Oppmerksomhet	Toleranse	Emosjonell ekspressivitet	Begrepsmessig ekspressivitet
<p>FRYKT</p> <p>Det å begynne å komme nær ei jente [...] og så begynner en å få fysisk kontakt og så videre</p> <p>SKAM</p> <p>Jeg liker jo jenta og det er klart kanskje ønsker jeg at det her skal bli noe mer [...] men så trekker jeg meg unna det</p> <p>SJALUSI</p> <p>Tanken på [idealisert jente] sammen med andre det gjør meg meningsløst sjalu [Hvis] andre fikk min fars oppmerksomhet at andre fikk hans anerkjennelse og så videre</p>	<p>≠0</p> <p>∞</p> <p>SKAM-FRYKT</p> <p>Stille og forsagt [...] stiv i kroppen [...] mister kontrollen [...] er jeg helt teit, hva skal jeg gjøre nå [...] det her går i hvert fall ikke bra</p> <p>SJALUSI</p> <p>Det spiser meg opp innvendig, mark altså</p> <p>X</p> <p>FRYKT</p> <p>Sliter deg i håret og kaldsvetter [...] tvil og angst</p>	<p>FRYKT</p> <p>Jeg flykter vel stort sett unna den [...] jeg fjerner meg fra situasjonen</p> <p>↓</p> <p>SKAM</p> <p>Så vil jeg liksom gjøre opp igjen for det her [...] og så driter jeg meg ut enda mer</p> <p>↓</p> <p>Blir fysisk sliten av det</p> <p>X</p> <p>TRISTHET</p> <p>Det er jo så fortvilet [...] oppgitthet</p> <p>↓</p> <p>Handlingslammet [...] ikke gjør jeg noenting som jeg har opplevd meningsfylt før</p> <p>SJALUSI</p> <p>≠</p> <p>Skyver det vekk kanskje, sant dette her er egentlig ikke noe å bry seg noe om</p> <p>↓</p> <p>Dette her er meningsløse tanker</p>	<p>FRYKT</p> <p>Jeg dukker kanskje litt, og ser meg litt rundt omkring ikke sant, hvor skal jeg flykte hen [...] ser det vel på kroppsholdningen og det at jeg blir litt sånn duknakket og stiv [...] svetter kanskje litt, stiv i øynene</p> <p>X</p> <p>SKAM</p> <p>Noen synes litt synd på meg [...] får jeg dem til å synes synd på meg, ikke sant, så slipper jeg [...] det er å spytte på meg selv egentlig</p> <p>SJALUSI</p> <p>X</p> <p>SKAM</p> <p>Det det er det er en ting jeg virkelig prøver å skjule altså [...] jeg betrakter det som en sykdom rett og slett</p> <p>↑↓</p> <p>Det hadde vel ikke vært noe galt egentlig å vist det men</p>	<p>FRYKT</p> <p>Da sier jeg det rett ut [...] det der takler jeg ikke</p> <p>SKAM</p> <p>Det er egentlig ikke noe problem, [pleier] ikke [si] at jeg er sjenert, men altså skamfull det er klart det [...] jeg er skamfull for det jeg gjorde overfor deg i går</p> <p>SJALUSI</p> <p>Jeg har jo sagt det til [jente] et par ganger selv da [...] faktisk så er jeg sjalu jeg [...] på deg, det er første gangen jeg har vært det, det overrasker meg egentlig men du betyr så mye for meg</p>

## Pasient J

Sterke selvstraffende reaksjoner på å ikke kunne leve opp til de forventningene andre har, sammen med en gjennomgripende beredskap for å bli angrepet, ydmyket eller utnyttet utgjør de sentrale elementene i Js kjerneskrift.

Tristhet og skyldfølelse har delte scener, hvor tema er å ikke klare å hjelpe til når noen ber om det, eller å ikke stille opp som det er forventet. Frykt er knyttet til situasjoner der hun føler seg



sårbar, og blir usikker på andre. Oppmerksomheten for skyld og tristhet glir over i hverandre, og har et intenst preg med fysisk smerte og depressive generaliseringer, hvor J mister det refleksive forholdet til affekten. Frykt har nokså tydelige og relevante kjennetegn, men det er tegn til at frykten blir svært intens og truer med å overvelde, i at J blir ukonsentrert av å følge med på for mange ting, og at det kroppslige ubehaget blir veldig sterkt.

Virkningen av skyld og tristhet er en overveldende devaluering av selvet og alt J har bygget opp. J identifiserer seg totalt med affektens innhold og driver med selvstraffing av ulik art, det kommer frem at hun har devaluerende og straffende tanker, men det er ikke klart om fysisk selvskading er en del av dette bildet. Skyldfølelsen virker dominerende, med tanker om at J skal straffes for å ha gjort galt mot andre. Frykt gjør J svak og ute av stand til å fungere, og håndteres ved tilbaketrekning. Glede og sinne blir mulige veier inn i denne delen av skriptet, ved at virkningen av begge kan gå over i frykt.

Både verbalt og nonverbalt uttrykk for mange affekter blir tilbakeholdt, og er koblet til frykt og skam. Uttrykk for affekt oppleves av J som å vise en sårbarhet, og innebærer en forventning om at andre vil benytte dette for å ydmyke eller kontrollere. Forventningen gjelder både positiv og negativ affekt.

Skript organiserer to forventninger til andre som forstyrrer den interpersonlige funksjonen alvorlig. Den ene forventningen er at enhver sårbarhet vil bli utnyttet. Ved at J derfor skjuler eller fordreier affektive reaksjoner hindres interpersonlig kommunikasjon. Den andre er at å ikke stille opp eller oppfylle andres ønsker fører til tap av relasjonen. Hun opplever sterk tristhet og skyldfølelse i slike situasjoner, og straffer seg selv. Verken virkningen eller håndteringen av skyld og tristhet bidrar til å gjenopprette eller bekrefte relasjoner. Skriptet får en selvutslettende virkning ved at uttrykk for egen opplevelse blir hindret, og at tilpasning til andres behov blir påkrevet.

Scener	Oppmerksomhet	Toleranse	Emosjonell ekspressivitet	Begrepsmessig ekspressivitet
$\infty$ SKYLD-TRISTHET Hvis noen spør meg om å hjelpe til med noe, og jeg ikke klarer den oppgaven så føler jeg meg håpløs. [...] Da kan jeg bli veldig trist for at jeg ikke klarte å stille opp for den personen liksom. [...] Hvis jeg ikke klarer å stille opp på noe som det er forventet at jeg skal gjøre.  FRYKT Hvis jeg føler meg sårbar. Hvis jeg har ytret glede også kommer det noen son jeg ikke kan stole på liksom, da blir det hengende i løse lufta, og da blir jeg redd for å miste den.	SKYLD Da kan jeg få smerter i brystet og sånn [...] Jeg blir trist... X TRISTHET Jeg blir sånn at alt er veldig tungt og ingenting er ålreit [...] det er vondt å ikke klare å strekke til  FRYKT Da er kroppen helt i ulage [...] jeg blir veldig sånn ukonsentrert for det er så mange ting jeg må følge med på på en gang	$\neq 0$ SKYLD-TRISTHET Da har på en måte alt det andre jeg har bygd opp, det har ikke noe betydning for meg [...] så setter jeg meg vel ned og gir meg selv inn [...] Utsette meg for ting som jeg vet at gjør meg vondt. For da skal jeg liksom straffes for det [...] da skal jeg betale for det jeg har gjort mot andre  GLEDE Det blir sånn at jeg blir veldig redd for å miste det SINNE Det kan også mange ganger gjøre meg redd [...] jeg er redd for å gjøre noe som jeg ikke har kontroll over. X FRYKT Da føler jeg meg veldig svak. [...] Da må jeg bare forte meg hjem og sitte helt alene.	$\neq$ GLEDE, SKAM, SKYLD, TRISTHET Det liker jeg ikke [...] vil i hvert fall ikke at andre skal se at jeg har den. X FRYKT, SKAM [...] da kjenner de til et av mine svake punkter. Eller hvor de kan såre meg [...] jeg vil vel egentlig bare at ingen skal kjenne meg [...] så fort de vet noe om meg så er det skummelt [...] Vil bare trekke meg tilbake	$\neq$ INTERESSE, GLEDE, FRYKT, TRISTHET, SKAM, SKYLD, MISUNNELSE Det gjør jeg helst ikke. [...] Det vil jeg ikke. X FRYKT, SKAM Da visste de at det var noe som betydde noe for meg [...] Da har de funnet et svakt punkt hos meg [...] da får de kjennskap til meg [...] Da ville jeg føle meg veldig liten

## Pasient K

K forsøker gjennomgående å mestre negativ affekt ved å bryte av opplevelsen og tenke på noe annet. Når denne mestringen svikter leder det inn i en overveldende blanding av frykt, fortvilelse og sinne. Ømhet er fullstendig ukjent for henne, og hun kan heller ikke huske å ha opplevd denne affekten som barn. At K så gjennomgående unngår affekt er antagelig knyttet til hennes forventning om at alle uttrykk for affekt vil føre til negativ respons.

Scenene K presenterer er lite spesifikke. Ut over å kjenne frykt på tvers av mange situasjoner opplever hun at mange ulike følelser kommer når negativ affekt først vekkes. Det er likevel

tydelig at hun også opplever fravær av affekt i mange situasjoner, antagelig fordi håndteringen ikke svikter.

Med unntak av sinne og frykt kjenner ikke K noen affekter ved kroppslige kjennetegn, og har et nokså vagt forhold også til disse affektene. Dette ses som et uttrykk for en aktivt uoppmerksom holdning til affektene, i tråd med den gjennomgripende formen for håndtering. Frykt virker noe mer kjent enn annen affekt.

Håndteringen er dominert av å forsøke å kvitte seg med affekten, gjemme den bort og finne noe annet å tenke på. Samtidig er det tydelig at denne måten å håndtere negativ affekt på ofte svikter. Da virker affekten raskt overveldende, og en udifferensiert tilstand av frykt, sinne og fortvilelse setter inn, før frykten tar over, muligens i form av panikkanfall.

Skyld, skam og misunnelse skjules helt, mens sinne, frykt og tristhet kan uttrykkes overfor samboeren eller familien. Samtidig har hun en forventning om negativ respons uavhengig av hva som uttrykkes. Verbalt kan K unntaksvis uttrykke affekt overfor samboer, men ingen andre.

Ved å skyve bort og avlede seg fra negativ affekt beskytter K seg mot disorganiserende overveldelse i noen tilfeller, men blir sårbar for overveldelse når denne ene formen for håndtering svikter. At ømhet oppleves fullstendig ukjent for henne forstås i lys av forventningen om ubetinget negativ respons til affektuttrykk. Hun har antagelig uhyre smertefulle erfaringer med å oppleve og uttrykke ømhet, erfaringer som er nedfelt i kjerneskriftet. Dermed blir opplevelsen av ømhet avbrutt førbevisst. Den samme generelle forventningen om ubetinget negativ respons ligger antagelig under Ks fastlåste og interpersonlig isolerte form for håndtering av negativ affekt.

Kjerneskriptskjema for pasient K

Scener	Oppmerksomhet	Toleranse	Emosjonell ekspressivitet	Begrepsmessig ekspressivitet
<p>TRISTHET</p> <p>Det er vel noe av det samme som før. [...] Blir jo både trist og fortvila når jeg blir alt det [andre affekter]. Jeg blir liksom alt på en gang, jeg, når jeg først blir noe.</p> <p>FRYKT</p> <p>Det er mange. [...] Nei, andre folk. Mørkt. Alene.</p> <p>ØMHET</p> <p>Jeg tror ikke jeg klarer å komme på noe. Nei, jeg vet ikke helt hva det skulle vært.</p> <p>[K klarer ikke å forestille seg følelsen ømhet, og kan heller ikke huske å ha opplevd den som barn].</p>	<p>FRYKT</p> <p>Blir urolig, varm og kald og [...] rastløs</p> <p>SINNE</p> <p>Ja, men jeg vet ikke hvordan jeg skal forklare det, da [...] Jeg blir anspent, i hvert fall.</p> <p>[K kjenner ingen kroppslige kjennetegn ved andre affekter enn sinne og frykt]</p>	<p>≠</p> <p>FRYKT, TRISTHET, SKAM, SKYLD, MISUNNELSE</p> <p>Prøver å bli kvitt den. Finne på noe annet og... [...] Nei, den gjømmes jeg ett eller annet sted.</p> <p>≠O</p> <p>TRISTHET, FRYKT, SINNE</p> <p>Når jeg får tenkt ei stund på det [...] Så blir jeg liksom... Mer og mer av det. [...] den gjør vel til at det blir verre og verre etter hvert. [...] Ja, hvis det går så langt at jeg ikke riktig vet hvem jeg selv er, så...</p> <p>↓</p> <p>∞</p> <p>TRISTHET, FRYKT, SINNE</p> <p>Ja, det kommer vel alt sammen etter hvert da. [...] For sint blir jeg etterpå. [...] Jeg blir fortvila, redd og...</p> <p>↓</p> <p>FRYKT</p> <p>Det går [...] som regel over til redsel etter hvert.</p>	<p>ØMHET</p> <p>Jeg vet ikke om jeg ville ha vist det. Jeg er den typen som ikke skal vise noe. [...] Tror jeg er redd for hva som skjer. [...] Det er det samme hva jeg sier og gjør, liksom, så vil det bli noe negativt tilbake.</p> <p>≠</p> <p>SKYLD, SKAM, MISUNNELSE</p> <p>Tror ikke det. [...] Nei, jeg prøver å skjule det ganske bra.</p> <p>SINNE, FRYKT, TRISTHET</p> <p>Ikke noen andre enn han jeg bor med, tror jeg. [...] Hvis jeg er hjemme [...] Det er bare med familie og godt kjente.</p>	<p>SINNE, FRYKT, TRISTHET, INTERESSE, SKAM, MISUNNELSE</p> <p>Ja, hvis jeg gjør det, så gjør jeg det bare til samboeren da, ikke noen andre. [...] Jeg bare sier det rett ut.</p>